

Vulnérables – solidaires – résilients
Expériences et enseignements
de la crise du coronavirus

**POINT
DEMIRE**

Croix-Rouge suisse



Impressum

Editeur

Copyright 2021 Croix-Rouge suisse
Siège
Rainmattstrasse 10, 3011 Berne

Coordination et rédaction

Hildegard Hungerbühler, Corinna Bisegger,
Ursula Luder, Jutta Engelhardt, Carole Berthoud
innovation@redcross.ch

Relecture

Michael Herrmann, www.mrdhe.eu

Traduction

Service de traduction de la Croix-Rouge suisse

Conception graphique

Graphic Print, CRS, Sonja Wespi

Téléchargement

www.redcross.ch/Publication-Spécialisée2021

Cette publication est également disponible en allemand et en anglais.

POINT DE MIRE

**POINT DE MIRE – contributions spécialisées reflétant
la perspective humanitaire de la Croix-Rouge suisse (éd.)**

2021, volume 1

Editorial	5
Corinna Bisegger et Hildegard Hungerbühler	
Introduction	6
Une tribune d'Ueli Mäder	
Solidaires et capables de résister	11
Brigitte Ruckstuhl et Elisabeth Ryter	
Les pandémies, sismographes des inégalités	13
Jolanda Jäggi	
Répercussions de la pandémie de Covid-19 sur la santé psychique	24
Manuel Tettamanti et Joëlle Darwiche	
Renforcer la résilience des familles malgré une vulnérabilité accrue	34
Pasqualina Perrig-Chiello	
Les relations intergénérationnelles entre solidarité et contrainte	43
Eva Spiritus-Beerden, An Verelst, Morten Skovdal, Nina Langer Primdahl et Ilse Derluyn	
Conditions de vie des personnes réfugiées et migrantes durant la pandémie de Covid-19	49
Hildegard Hungerbühler	
L'action humanitaire dans le contexte fragile de la pandémie	60

Chères lectrices, chers lecteurs,

Vous avez devant vous le premier volet d'une nouvelle série de publications que nous avons intitulée «Point de mire – contributions spécialisées reflétant la perspective humanitaire de la CRS». En 2020, nous étions en train de réfléchir à un sujet pour 2021 lorsque s'est propagée, avec le Covid-19, une pandémie qui a bouleversé nos vies. Nous ignorions alors combien ce changement serait profond et durable. Pourtant, la crise sanitaire n'a pas tardé à se muer en une véritable crise humanitaire. Le monde entier en a subi les effets, y compris la Suisse. La pandémie de Covid-19 a ébranlé des sociétés en interférant dans leur fonctionnement, elle a eu des impacts négatifs sur la santé, l'intégration sociale et la situation économique d'un très grand nombre de personnes. Les plus touchées ont été et demeurent les personnes vulnérables, confrontées dès avant la pandémie à des difficultés menaçant leur existence même. En Suisse comme à l'étranger, ces personnes constituent le principal groupe cible de la CRS dans le cadre de son travail humanitaire. De nouveaux défis se sont donc imposés à nous, en tant qu'organisation humanitaire engagée dans le monde entier – et ce non seulement sur la scène internationale, où la gestion des catastrophes humanitaires et l'assistance aux victimes font partie de nos missions clés, mais aussi et pour la première fois sur la scène nationale, elle aussi fragilisée par le Covid-19 et ses conséquences. A l'image de bien d'autres organisations, nous n'étions plus en mesure de poursuivre nos activités comme à l'accoutumée. Dans un environnement en proie à une incertitude grandissante, nous avons dû explorer de nouvelles voies en matière d'aide et de soutien.

Compte tenu de cette actualité, nous avons choisi de consacrer ce premier volet de notre nouvelle série de publications au sujet suivant: «Vulnérabilité, solidarité et résilience en période de crise: l'exemple de la pandémie de Covid-19».

L'objectif est de montrer, à la lumière de la pandémie de Covid-19 et à l'échelon tant international que national, comment une crise de cette ampleur se répercute sur la vulnérabilité et la résilience d'une société et d'un individu, ou des sociétés et des individus, mais aussi comment elle sollicite la solidarité sociale et la refonde parfois. Les contributions que vous lirez portent essentiellement sur la situation des personnes vulnérables. Certes, le virus est une menace pour chacun, indépendamment de son origine, de sa situation socioéconomique, de son âge, de son genre ou de sa vision du monde. Mais pour autant, il serait erroné de prétendre que «nous sommes tous égaux face à la pandémie».

Au contraire, le Covid-19 met en évidence, comme sous l'effet d'un miroir grossissant, les inégalités sanitaires et sociales qui existaient déjà avant la pandémie, et ce non seulement au niveau individuel, mais aussi au niveau des structures sociales. Ainsi, en raison de leur situation socioéconomique dégradée, les pauvres sont transférés en unité de soins intensifs deux fois plus souvent que les riches, y compris en Suisse selon des études. Des écarts similaires apparaissent en ce qui concerne l'incidence et la mortalité. Lorsqu'on est contraint d'accepter des conditions de travail exposées pour gagner sa vie, sans pouvoir se protéger en télétravaillant, on risque davantage de tomber malade du Covid-19. De même, lorsqu'on partage un logement exigu avec de nombreuses personnes, on vit plus dangereusement en période de pandémie.

Nous sommes conscients toutefois que le Covid-19 a mis de nouveaux groupes aux prises avec la vulnérabilité – des groupes soudain privés de leurs moyens de subsistance, qu'ils croyaient assurés. La présente publication offre un éclairage sur les (groupes de) personnes vulnérables en termes à la fois d'impacts subis et de gestion de la crise. Mais au-delà de leur vulnérabilité accrue et de leurs problèmes concrets, il s'agit aussi et avant tout de mettre l'accent sur leurs ressources et leur résilience. Dans sa nouvelle Stratégie 2030, la CRS se fixe notamment pour objectif de renforcer, par son travail humanitaire, les individus, les communautés et leur résilience. J'espère qu'en tant que société, nous tirerons les enseignements de cette expérience de la pandémie. Concernant la CRS et son travail humanitaire futur, je souhaite que notre vécu et les défis que nous avons relevés nous permettent d'apporter une aide encore meilleure et mieux ciblée aux individus et à leurs communautés, de renforcer leurs ressources et de favoriser ainsi leur résilience, en Suisse comme à l'étranger.

Introduction

Les évolutions sociétales constituent le cadre du travail humanitaire et intéressent donc vivement la Croix-Rouge suisse (CRS). Pour sa part, cette dernière s'engage depuis plus de 150 ans sur le terrain humanitaire pour apporter un soutien solidaire aux personnes vulnérables. Dans ce contexte, elle n'a eu de cesse de se doter de nouveaux savoir-faire et d'inviter des expertes et des experts à exposer leur vision sur des sujets importants. En continuité avec cette tradition, le Siècle de la CRS lance, par le présent recueil, une nouvelle série de publications intitulée «Point de mire – contributions spécialisées reflétant la perspective humanitaire de la CRS».

La CRS entend aborder dans cette collection des sujets humanitaires qui sont d'actualité au sein de la société et qui sont importants pour la mise en œuvre de sa Stratégie 2030 dans ses trois champs d'action Santé, Intégration et Sauvetage. Elle se situe à cet égard à l'intersection entre, d'une part, les questionnements et les découvertes scientifiques et, d'autre part, la mise en œuvre et l'expérience concrète. Par ailleurs, elle souhaite mettre en lumière, afin d'en discuter, des interrogations et des problématiques peu ou insuffisamment explorées qui résultent du travail pratique auprès de personnes en situation de vulnérabilité. Dans ses publications spécialisées, la CRS partage sous l'angle humanitaire les connaissances acquises dans le cadre de son travail en Suisse et à l'étranger. Elle propose également une plateforme de discussion entre autrices et auteurs internes et externes issus de la recherche et de la pratique, sur des sujets qui la mobilisent du fait de son engagement en faveur des personnes en situation de vulnérabilité et sur lesquels elle dispose d'une expertise.

Cette nouvelle série de publications s'adresse à un large lectorat, en particulier aux professionnels et aux organisations spécialisées œuvrant dans les domaines de la santé, de l'intégration et du sauvetage en Suisse et à l'étranger, tant au niveau théorique qu'au niveau pratique. Nous serions ravis que des partenaires importants de la CRS se sentent interpellés, par exemple des autorités fédérales et cantonales, des parlementaires, des organisations partenaires externes en Suisse et à l'étranger, sans oublier la société civile avec ses propres organisations et ses réseaux de personnes vulnérables. Mais en interne aussi, à l'échelon national comme international, les publications spécialisées visent à stimuler les échanges entre les différentes organisations membres de la CRS, entre les collaborateurs et les bénévoles, et enfin au sein du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Vulnérabilité, solidarité et résilience en période de crise: l'exemple de la pandémie de Covid-19

«Vulnérabilité, solidarité et résilience en période de crise», de surcroît à la lumière de la pandémie de COVID-19, qui mobilise l'attention de tous les médias depuis plus d'une année et sur laquelle on a déjà beaucoup réfléchi et beaucoup écrit en Suisse et dans le monde entier: pourquoi la CRS s'empare-t-elle à son tour de ce sujet? Pour deux raisons. D'une part, la pandémie actuelle est une crise qui a sollicité et sollicite encore fortement au quotidien la CRS en tant qu'organisation humanitaire internationale. D'autre part, l'exemple du Covid-19 permet de très bien illustrer des phénomènes clés dans le travail humanitaire de la CRS en Suisse et à l'étranger: vulnérabilité, solidarité, résilience – autant de notions qui jouent aussi un rôle important dans la Stratégie 2030 de la CRS. S'y ajoute le fait que le Sars-Cov-2, un virus très contagieux aux effets durables, ne se contente pas de compromettre la santé d'individus et de sociétés entières, il menace aussi l'intégration sociale des personnes et met en péril, voire anéantit, leurs moyens économiques de subsistance.

La situation liée à la pandémie de Covid-19 se présente globalement sous un jour plutôt sombre. Au niveau national comme international, on voit s'aggraver et s'exacerber la vulnérabilité de certaines personnes et certains groupes de personnes, en particulier celles et ceux qui étaient déjà fragiles avant la pandémie. Les inégalités sociales et sanitaires se sont creusées et continuent de se creuser en Suisse, mais aussi entre pays pauvres et pays riches. Toutefois, lorsque le soutien solidaire fonctionne, on constate aussi que les personnes concernées parviennent dans certains cas à mobiliser leurs ressources, à les préserver, voire à les renforcer. La présente publication intercale des entretiens et des portraits parmi les contributions thématiques des autrices et des auteurs. Des collaboratrices et collaborateurs, des bénévoles et des bénéficiaires de la CRS y prennent la parole pour rendre compte de leur vécu personnel pendant la pandémie. Ils mettent notamment en évidence que la solidarité active des bénévoles envers les personnes vulnérables renforce leur propre résilience en plus de favoriser celle des bénéficiaires. La vulnérabilité d'un côté, la résilience de l'autre forment ainsi un binôme conceptuel indissociable. On observe par exemple que parmi les migrants, malgré les répressions, les discriminations, les persécutions, les violences, les traumatismes, l'exil et les difficultés d'intégration dans les pays de transit et d'accueil, beaucoup font preuve d'une plus grande résilience dans la pandémie actuelle que des personnes jusqu'ici habituées à vivre dans la sécurité et dans l'aisance. Le fait d'avoir déjà connu des crises et de les avoir surmontées, même sans en sortir indemne, influe toujours sur la gestion des ressources dont on dispose ainsi que sur la perception de sa propre résilience. Dans bien des cas, les

migrants ont été mis au défi et contraints par le passé de développer des stratégies pour affronter et surmonter les crises et les incertitudes existentielles qu'elles génèrent. S'ils y sont parvenus, cela peut avoir des effets positifs sur leur résilience, dans la mesure où ils disposent dès lors d'un bagage d'expérience et, par là même, de ressources et d'un potentiel d'action. On observe le même phénomène chez les personnes qui vivent dans des pays et des régions du monde en proie à des crises, mais dès lors à l'épreuve des crises.

Il ne s'agit nullement ici de minimiser l'ampleur et la violence des bouleversements graves que la pandémie de Covid-19 a entraînés dans la vie d'innombrables personnes et de nombreux pays. Il est également hors de question d'idéaliser la résilience de ceux qui tentent de s'accommoder aussi bien que possible des conditions de vie dramatiques que leur impose la pandémie. L'enjeu est plutôt d'examiner d'un regard critique le discours sur la résilience et de veiller à ce qu'il ne soit pas réduit à une argumentation d'inspiration néolibérale (cf. Mäder dans la présente publication) telle qu'elle s'exprime parfois en matière de promotion de la santé ou de prévoyance vieillesse. Il appartiendrait à chaque individu de se responsabiliser pour optimiser sa santé ou sa vieillesse et réduire ainsi les risques sanitaires, entend-on dire notamment à des fins de réduction des coûts pour l'économie. C'est en étant suffisamment attentif à sa santé et en faisant ainsi preuve de «compétence» que l'on reste en bonne santé. Inversement, en cas de maladie, la culpabilisation ne tarde pas. Ce genre de perspective simplificatrice est transposable au comportement pendant la pandémie de Covid-19: c'est en se protégeant suffisamment et en respectant les consignes officielles que l'on échappe à la contamination. Cette idée se fonde sur les conditions de vie de personnes privilégiées – or celles-ci ne ressemblent en rien à la réalité des personnes vulnérables, qui ont du mal à subvenir à leurs besoins voire se battent pour disposer du minimum vital. Et qui sont contraintes par exemple de s'exposer dans des métiers à risque pour nourrir leurs familles, ou qui vivent dans des espaces exigus comme des centres pour requérants d'asile bondés, des camps de réfugiés ou des bidonvilles. Cette vision des choses fait prévaloir le comportement individuel (prévention comportementale) sur les conditions-cadres sociétales (prévention situationnelle) qui, partout dans le monde et y compris en Suisse, se caractérisent par l'inégalité. La responsabilité de l'état de santé se trouve ainsi unilatéralement individualisée et imputée au seul individu. Les déterminants économiques et sociaux de la santé, de nature structurelle et conditionnés par la société, sont ignorés. Or la relation entre conditions de vie socio-économiques d'une part, vulnérabilité au Covid-19 et à ses conséquences d'autre part, apparaît clairement à la lumière de l'actuelle pandémie. Cette réalité est illustrée de façon saisissante par les contributions compilées dans cette publication.

Cette même relation a d'ailleurs été soulignée par le conseiller fédéral Alain Berset dans son message à la population suisse diffusé sur Twitter le 1^{er} mai 2021¹:

«La crise du coronavirus est un événement qui ne se produit qu'une fois par siècle. Mais elle a un point commun avec n'importe quelle autre crise: ce sont les plus faibles qui en souffrent le plus. Et cela est vrai non seulement de la crise sanitaire, mais aussi de ses conséquences économiques. Les inégalités risquent de se creuser à nouveau, l'égalité des chances se dégrade. Les emplois à faible rémunération sont particulièrement menacés. Et cette crise touche surtout les femmes. Elles sont des millions dans le monde à avoir perdu leur emploi. En Suisse aussi, la crise les frappe durement. Ce sont les jeunes femmes qui souffrent le plus du chômage. Et ce sont en majorité des femmes qui travaillent dans les métiers essentiels pour notre société mais où le télétravail est impossible: dans le domaine du soin, dans les hôpitaux, aux caisses des magasins.»

Le Covid-19 cimente et accentue ainsi l'absence ou l'insuffisance d'égalité entre les sexes et souligne l'écart entre les femmes et les hommes qui existe en Suisse comme à travers le monde. Les crises telles que la pandémie actuelle fragilisent davantage encore non seulement les personnes en mauvaise santé, mais aussi les personnes socialement et économiquement défavorisées. En d'autres termes: plus une personne était en situation de vulnérabilité avant la crise, plus cette vulnérabilité s'accroît en raison de la pandémie et de ses conséquences. Ces dernières se manifestent aux plans physique, psychique, social et économique, sans toutefois se répercuter dans la même mesure sur les conditions matérielles d'existence. Même en situation de vulnérabilité, les individus disposent de différentes possibilités et ressources. Tandis que les uns, en particulier lorsqu'ils bénéficient concrètement du soutien solidaire d'autrui, préservent ou reconstituent leur résilience, c'est-à-dire leur capacité de résistance, les autres cumulent les désavantages individuels et structurels, ce qui les expose à un risque de vulnérabilité accru. La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge définit les personnes «particulièrement vulnérables» comme suit:

«Les personnes particulièrement vulnérables sont celles qui sont le plus exposées à des situations menaçant leur survie ou leur possibilité de vivre avec un minimum de sécurité sociale et économique ainsi que de dignité.»²

1 @alain_beret, 1^{er} mai 2021, Twitter.

2 Croix-Rouge suisse (2013). Facilitation de l'accès aux prestations de la Croix-Rouge suisse pour les personnes vulnérables: fondements et exemples issus du terrain (adopté par la Conférence nationale des associations cantonales de la Croix-Rouge le 14 septembre 2013)

Pour la CRS, la vulnérabilité résulte de l'interaction négative entre plusieurs facteurs de risque sanitaires, économiques et sociaux. Les ressources des personnes concernées se révèlent alors insuffisantes pour leur permettre d'affronter par leurs propres moyens, sans aide, les contraintes ou les conditions de vie qui sont les leurs. Parmi les facteurs qui accroissent le risque de vulnérabilité, la CRS distingue entre facteurs structurels et facteurs individuels. Les facteurs structurels génèrent un désavantage ou une discrimination dans l'accès aux ressources sociétales. Tel est le cas par exemple des perspectives restreintes en matière de formation ou des situations financières précaires. Quant aux facteurs individuels, ils se manifestent par des limitations personnelles, par exemple dans le domaine de la santé. Le risque de devenir vulnérable est d'autant plus grand que les facteurs structurels et individuels se superposent et se renforcent mutuellement. Les portraits des bénéficiaires de l'«aide immédiate de la CRS en réponse au Covid-19», insérés dans la présente publication, illustrent bien ce mécanisme. Une santé fragile ou dégradée peut conduire à la pauvreté et inversement. Elle influe également sur l'ampleur de la vulnérabilité. Plus les facteurs de risque structurels et individuels se cumulent, plus grande est la pression qui s'exerce sur les ressources et donc la vulnérabilité. La CRS parle alors de personnes «particulièrement vulnérables» ou, dans le contexte international, «most vulnerable». Son travail humanitaire vise d'une part, au niveau individuel, à aider les personnes en situation de vulnérabilité à développer leurs ressources et améliorer leur résilience. Mais d'autre part, au niveau collectif, la CRS est très attachée à promouvoir et renforcer des structures qui favorisent la résilience de groupes ou de communautés (communities) dans leur ensemble ainsi qu'à prévenir ou réduire la vulnérabilité dans la mesure du possible. Elle s'engage pour un accès équitable au dépistage et à la vaccination. Last but not least, la CRS entend rendre visibles les conditions de vie et faire entendre la voix des personnes vulnérables – y compris les personnes particulièrement vulnérables en Suisse et à l'étranger. Dans le contexte de la pandémie actuelle, qui compte parmi les plus grandes catastrophes humanitaires du monde globalisé, il est plus que jamais essentiel que nous défendions les personnes vulnérables, conformément au mot d'ordre «to leave no one behind» ainsi qu'à l'appel du conseiller fédéral Alain Berset:

«On n'a jamais autant parlé de solidarité. A nous de passer de la parole aux actes. Maintenant, mais surtout lorsque la pandémie sera derrière nous et que ses conséquences économiques continueront de se faire sentir. La crise a beau être forte, notre solidarité est plus forte qu'elle.»³

Les contributions en bref

Ueli Mäder, dans sa tribune critique, examine les questions suivantes: à quelle normalité sociétale voulons-nous revenir après la pandémie de Covid-19? Voulons-nous retrouver les conditions de vie économisées qui font la part belle à la rentabilité économique et laissent peu de place aux personnes socialement marginalisées, si ce n'est dans des emplois précaires? L'auteur plaide pour une résilience solidaire qui, selon lui, motive les individus et les sociétés à concrétiser leurs aspirations de telle sorte que l'être-ensemble en société profite à tous, y compris aux personnes vulnérables et socialement défavorisées.

En guise d'introduction à la présente publication, *Brigitte Ruckstuhl* et *Elisabeth Ryter* établissent une relation entre la pandémie de Covid-19 et les inégalités sanitaires et sociales de nature structurelle au sein de notre société. Elles placent cette relation dans une perspective historique, faisant apparaître ainsi une certaine continuité au fil des époques. A la lumière du Covid-19, leur contribution montre pourquoi l'analyse des inégalités sociales est importante et pourquoi il faut la rendre visible pour la comprendre. Les deux autrices partent de l'idée que le Covid-19 n'est pas un «grand niveauleur», contrairement à ce que l'on a pu penser au début de la pandémie. Les inégalités sanitaires et sociales ne sont pas un phénomène nouveau, mais se manifestent sous des formes changeantes en fonction du contexte historique. De premières études confirment que la crise du Covid-19 les rend plus visibles – comme sous l'effet d'un miroir grossissant – et les creuse. Certes, on viendra à bout de cette pandémie, affirment Ruckstuhl et Ryter, mais les conséquences s'en feront sentir durablement pour les personnes défavorisées et pèseront sur leur santé tout au long de leur vie. Cela nécessitera de prendre des mesures adéquates dans le cadre d'une politique publique en matière de santé et social, mais aussi dans le cadre d'initiatives émanant des acteurs de la société civile, comme les organisations non gouvernementales.

Dans la deuxième contribution, *Jolanda Jäggi* analyse l'impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé psychique de la population suisse. Cette dernière a majoritairement bien surmonté la première vague. Toutefois, certains groupes de personnes ont été plus atteints que d'autres dans leur santé psychique. La crise semble accentuer des tendances déjà observées en ce qui concerne les inégalités et les difficultés préalables. Par exemple, les personnes atteintes d'affections psychiques préexistantes, les enfants et les adolescents, les personnes socialement défavorisées, celles présentant des risques accrus d'exposition et d'infection, ou encore les personnes seules et socialement isolées ont été soumises à un stress particulier du fait de la pandémie. Le manque de ressources personnelles et de facteurs de protection ainsi que la mise en échec par la pandémie des stratégies éprouvées de réponse au stress peuvent donner lieu à des souffrances psychiques. Afin de limiter les difficultés psychiques liées à la

crise du Covid-19, il est important de renforcer le soutien social (qui est un facteur majeur de protection) et de prévenir la solitude et l'isolement (qui sont des facteurs majeurs de risque). L'autrice souligne le rôle crucial que jouent les acteurs de la société civile, par exemple en apportant leur soutien aux personnes vivant seules, en donnant un coup de main pour les gardes d'enfants et les soins à des proches dépendants, ou encore en gardant le contact avec les personnes isolées ou en quarantaine.

Manuel Tettamanti et Joëlle Darwiche, dans leur contribution, se concentrent sur les systèmes familiaux. Ils se demandent en quoi la pandémie de Covid-19 les impacte et quels sont les facteurs qui permettent aux familles de limiter leur vulnérabilité et de se doter de stratégies pour préserver et améliorer leur résilience. Ils constatent que la crise pandémique actuelle ainsi que ses conséquences économiques et sociales augmentent surtout les difficultés des familles déjà très fragilisées. Un quotidien grevé par un stress accru ou cumulé peut nuire aux relations familiales, il peut également favoriser l'apparition de troubles psychiques ou entraîner des rechutes. En outre, il augmente la probabilité que les conflits et les violences intrafamiliales s'intensifient. Des recherches empiriques sur la dynamique familiale en situation de stress montrent qu'il faut alors améliorer la résilience de la famille. Les auteurs donnent un bref aperçu des principales contraintes qui s'exercent sur les familles les plus vulnérables en raison de la pandémie, ainsi que de leurs effets négatifs potentiels sur la dynamique relationnelle intrafamiliale. Ils proposent des solutions pour gérer ces contraintes et soulignent qu'il ne suffit pas de mobiliser les ressources internes des familles fragiles pour renforcer leur résilience. A titre complémentaire, il faut s'efforcer aussi d'intervenir de manière ciblée dans les systèmes sociaux, qui sont la source des cumuls de stress, des inégalités et des injustices.

Pasqualina Perrig-Chiello se penche dans sa contribution sur les relations intergénérationnelles dans le champ de tension des crises. Les périodes de crise ont ceci de caractéristique, selon elle, qu'elles ravivent les discours sur le conflit générationnel. L'auteure examine comment la pandémie actuelle de Covid-19 influe sur les relations entre les générations. Renforce-t-elle la solidarité intergénérationnelle, dans la mesure où tout le monde est concerné ou, au contraire, l'affaiblit-elle? Dans cette contribution, l'autrice identifie les causes premières des tensions intergénérationnelles, à savoir les représentations sociales négatives de la vieillesse véhiculées par la société ainsi que la méconnaissance des générations entre elles. Elle conclut toutefois que, quoi qu'en disent les médias, on a observé pendant la crise une remarquable solidarité intergénérationnelle au sein des familles et entre voisins. Par ailleurs, elle jette un regard critique sur la décision des autorités de fixer à 65 ans, soit à l'âge de la retraite, le critère d'appartenance des personnes aux groupes à risque, ainsi que sur la notion de vulnérabilité. Enfin, elle explique que la crise du Covid-19 constitue au fond une chance pour

les relations intergénérationnelles au sein de notre société, en favorisant une meilleure compréhension mutuelle et une solidarité accrue.

Les réfugiés, les migrants et, parmi eux, les sans-papiers, constituent un groupe important de personnes qui, soumis en temps ordinaire à des conditions de vie généralement précaires, a été particulièrement impacté par la pandémie de Covid-19. Membres d'une équipe européenne de recherche mandatée par l'OMS, *Eva Spiritus-Beerden, An Verelst, Morten Skovdal, Nina Langer Primdahl et Ilse Derluyn* ont analysé leur situation pendant la crise du Covid-19 et abouti à la conclusion suivante: les réfugiés et les migrants subissent souvent de multiples facteurs de stress comme les discriminations, les mauvaises conditions de vie et un risque accru de développer des pathologies psychiques. Ces désavantages les rendent particulièrement vulnérables pendant la pandémie de Covid-19, où les systèmes de santé et de protection sont sursollicités et en proie à une situation de sous-effectifs. L'étude précitée visait à identifier les impacts de la pandémie de Covid-19 sur la vie quotidienne des réfugiés et des migrants en Europe. A cet effet, l'équipe de recherche a collecté des données quantitatives auprès de plus de 8000 personnes entre avril et octobre 2020. La plupart des personnes interrogées ont rapporté une dégradation de leur situation financière, de leur accès à l'emploi et de leur sentiment de sécurité depuis la pandémie. Les groupes exposés à un risque accru de détérioration de leurs conditions de vie au quotidien sont ceux des sans-abris ou mal-logés ainsi que des sans-papiers. Les résultats de l'étude montrent l'importance d'ouvrir de façon ciblée à ces groupes fragilisés les mesures en réponse au Covid-19. Il faut s'efforcer d'améliorer leurs conditions de vie et de continuer à leur proposer des prestations de services – y compris voire plus que jamais en période de pandémie.

Que le travail humanitaire relevant de la coopération internationale s'effectue principalement en contexte fragile, rien de plus normal. Mais que le travail humanitaire en Suisse ait dû et continue de devoir s'effectuer dans un contexte moins stable qu'à l'ordinaire, c'est une conséquence de la pandémie de Covid-19, qui a pesé et pèse encore fortement sur les activités de la CRS à l'échelon national. Sous la forme d'un entretien avec Christine Kopp et Thomas Gurtner, la contribution de *Hildegard Hungerbühler* montre en quoi la crise sanitaire mondiale a transformé les conditions dans lesquelles s'effectue le travail humanitaire de la CRS en Suisse et à l'étranger, présente sommairement les nouveaux enjeux et tente de tirer les enseignements de cette situation pour les futures interventions auprès de personnes vulnérables. Cette contribution compare également les approches de la gestion de crise en Suisse et à l'étranger, tout en se demandant si un partage d'expériences utile et de nouvelles synergies ont vu le jour – ce dans le but d'améliorer la résilience des personnes vulnérables, de prévenir et réduire la vulnérabilité, et enfin de renforcer la solidarité au sein de la population.

Ces sept contributions sont complétées par des entretiens et des portraits consacrés à des personnes qui, pendant la pandémie, ont reçu l'aide et le soutien de la CRS ou d'autres organisations partenaires en Suisse et à l'étranger. Mais la parole est donnée aussi à des bénévoles ainsi qu'à des collaboratrices et collaborateurs de la CRS et d'autres Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qui se sont engagés en faveur des personnes vulnérables touchées par la crise. L'objectif est de recueillir les perspectives et les vécus personnels les plus variés en termes de rôles, mais aussi d'univers et de conditions de vie, afin de donner à voir, en complément des contributions thématiques, toute la diversité des expériences personnelles pendant la crise du Covid-19.

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble des autrices et des auteurs pour leurs précieuses contributions et réflexions sur le thème de cette publication. Nous remercions également nos collègues du Siège de la CRS ainsi que du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qui ont interviewé des bénéficiaires, des bénévoles, des collaboratrices et collaborateurs de la CRS ou d'autres organisations partenaires en Suisse et à l'étranger, et qui en ont dressé le portrait. Toutes et tous ont ainsi désormais un visage et une voix, qui symbolisent la diversité des vécus personnels en cette période de pandémie. Nous apprécions beaucoup que ces personnes aient accepté de partager leurs expériences en toute transparence et nous leur exprimons ici notre gratitude.

Enfin, nous remercions l'ensemble de nos collègues de la CRS pour le précieux travail de traduction, de rédaction, de lectorat et de graphisme qui a permis à la présente publication de voir le jour.

Nous souhaitons à toutes et à tous une agréable lecture, en espérant que celle-ci offrira des pistes de réflexion personnelle sur la vulnérabilité, la solidarité et la résilience en période de crise.

Solidaires et capables de résister

La pandémie de Covid-19 s'éternise, elle nous met à rude épreuve. Quand on est financièrement à l'aise, il est plus facile d'y faire face. La crise éclaire et occulte les inégalités sociales. Elle peut aussi être propice à la résilience, au sens de capacité de résistance. Ou encore inciter à aider davantage celles et ceux qui manquent de ressources et sont socialement défavorisés. Dans la présente publication, la Croix-Rouge suisse (CRS) se penche sur les conséquences de la crise actuelle ainsi que sur les moyens de développer la solidarité.

Le coronavirus a surgi d'abord très loin de nous. La pandémie, «c'est de leur faute», ont dit certains. Nous l'avons accueillie en curieux et peut-être un peu en spectateurs, jusqu'à ce que les virus se rapprochent, éveillent notre inquiétude et éteignent notre discret sentiment de supériorité. On s'est interrogé. Comment ces agents pathogènes pouvaient-ils se diffuser aussi rapidement – y compris chez nous, malgré nos vestibules immaculés? Par médias interposés, des images bouleversantes de cercueils à Bergame ont fait irruption dans nos salons douillets. Elles ont donné un tour concret à des statistiques difficiles à appréhender. Et puis, des proches ont été touchés, des connaissances. La maladie autour de soi émeut particulièrement. On se souvient d'une fille qui avait contaminé son vieux père. Elle s'est ôtée la vie.

Ce qui m'a impressionné lors de la première vague, c'est la spontanéité avec laquelle la population a fait bloc pour protéger les groupes menacés. Sans doute l'idée que la crise serait bientôt surmontée n'y était-elle pas pour rien. Le Conseil fédéral a su prendre ses responsabilités. Il a ordonné un confinement qui a étroitement limité des pans essentiels de nos vies. Dans une société où priment les intérêts économiques, ce n'est pas anodin.

Les restrictions persistant, des voix se sont fait entendre pour demander plus de mobilité et de flexibilité. La Confédération a alors misé sur la responsabilité individuelle et les compétences cantonales. La hausse du nombre de cas n'a pourtant pas tardé à suggérer des mesures plus strictes. Restez chez vous, telle était la consigne dans l'urgence revenue, et chacun l'a perçue à sa façon. Des jeunes ont proposé aux seniors de faire les courses pour eux. Des enfants ont déposé devant la porte de leurs voisins âgés des petits gâteaux faits maison. Mais il y a eu aussi cet automobiliste qui a freiné brusquement à la hauteur d'un couple de retraités cheminant sur le trottoir, un cabas à la main. Il les a insultés tous les deux, au motif qu'ils mettaient en danger leur santé et celle des autres en sortant inutilement se promener. Ici et là, la cohésion s'effritait manifestement quelque peu. Mais dans l'ensemble, elle a résisté. Les pouvoirs publics y ont largement contribué grâce à leurs réserves financières et à la compensation du chômage partiel. Pour les travailleurs précaires et les personnes défavorisées cependant, les clivages sociaux se sont creusés. En particulier parce que notre

protection sociale, malgré des ressources toujours plus importantes, se fonde uniquement sur le travail rémunéré et les parcours de vie «normaux», lesquels sont devenus rares dans un monde où l'individu est roi.

En 2020, année du coronavirus, trois cents fortunes de Suisse ont porté leur patrimoine à 707 milliards de francs. Quelques contribuables privés cumulent une part grandissante des actifs nets – près de la moitié pour un 1% d'entre eux, tandis que 25% de nos concitoyen-ne-s n'ont aucune réserve. Pendant longtemps, de larges couches de la population ont connu un essor matériel. Les inégalités sociales se sont réduites. Mais depuis les années 1980, les capitaux vont vaillamment là où les rendements sont les meilleurs. Une approche guidée par la finance néglige l'équilibre social. En 2004, on a quand même réussi à mettre en place une assurance-maternité. Depuis lors, malgré des recettes en forte hausse, les dépenses sociales sont constantes par rapport au PIB, dont elles représentent environ un cinquième. L'assurance-chômage et l'assurance-invalidité ont même réduit leurs prestations réelles. Idem pour l'aide sociale, désormais confrontée à davantage de situations de détresse en raison de la pandémie. Celle-ci accroît notamment les troubles dépressifs, confirmant ce que l'on sait depuis longtemps: plus les revenus sont faibles, plus les atteintes à la santé sont fortes. Beaucoup d'enfants et d'adolescents sont concernés. Ils souffrent avec leurs parents. Surtout quand ces derniers sont sans revenus et quand l'espace manque dans les logements.

L'économisation de nos conditions de vie marginalise plus encore les personnes socialement défavorisées. Certaines baissent les bras. Elles pensent être la cause de problèmes que la société a contribué à créer. Quand on est en souffrance sociale, isolé, on a tendance à tout endosser. C'est ainsi qu'une vendeuse, mère célibataire, en vient à se juger responsable de son trop faible revenu. J'aurais dû mieux travailler à l'école, se dit-elle. Mais parfois la résignation fait place à l'indignation. Par exemple quand les injustices ne sont plus taboues, occultées, mais rendues visibles. La colère peut alors conduire soit à militer davantage pour sa propre cause, soit à se contenter de simplifications populistes. Il faut des protections sociales qui sécurisent les personnes aux plans structurel, culturel, individuel. Par exemple un salaire minimum garanti et des prestations complémentaires décentes pour tous les ménages. Mais il est bon de savoir aussi que les situations difficiles ne sont pas irréversibles. Connaître concrètement des expériences de vie réussies stimule la confiance dans ses propres compétences.

La crise du Covid-19 comme école de la résilience, le Forum européen d'Alpbach en a discuté à l'automne 2020. En période de crise, on constate toute l'importance de l'agilité et de la flexibilité. Telle a été l'une de ses conclusions. Elle semble conforter une vision de la résilience qui, selon une approche

d'économie de marché, cherche à optimiser l'efficacité des coûts par rapport à la sécurité de prise en charge. Une même vision se manifeste dans des réformes sociales ambivalentes, où l'on privilégie les incitations financières pour stimuler certains modes d'action. Par exemple, une responsabilisation rationnelle permettrait de gérer le rapport à soi-même. Cela repose sur un calcul simple: ceux qui «règlent» eux-mêmes leurs problèmes ont moins de besoins de prise en charge. Individualiser les situations difficiles, c'est les simplifier. Toute une littérature de conseils pratiques s'en fait l'écho, qui ramène la dimension sociale à la dimension privée et prône un individu entrepreneurial capable de s'adapter à l'existant. Or jeter un regard critique sur les situations demande une autre forme de résilience. Une résilience qui privilégie une démarche réflexive, par laquelle chaque individu s'engage de manière respectueuse et socialement connectée en faveur d'objectifs humains.

Une controverse du même ordre caractérise les débats actuels autour de la pandémie de Covid-19. Les uns veulent tout relancer le plus vite possible, afin de rétablir l'ancienne normalité. Ils considèrent la société comme une mécanique supposée optimiser en permanence sa propre efficacité. Leur vision de l'humain se focalise sur l'utilité immédiate. Des incitations matérielles doivent stimuler la prospérité et la consommation. Assez n'est jamais assez. Même des êtres sociaux sont ainsi relégués au rang de marchandises. Une autre attitude consiste à s'interroger sur la normalité de cette normalité et sur ce qui a vraiment du sens. Elle montre à la lumière de la crise du Covid-19 combien de simples coups de main peuvent servir. Et ce, qu'ils soient ou non considérés officiellement comme d'importance systémique. On peut s'en inspirer.

Notre société puise sa vie dans celle d'innombrables êtres humains qui, en dépit d'un contexte économisé, ont des comportements sociaux. Des organisations humanitaires comme la CRS y contribuent, de même que des acteurs courageux de la société civile qui promeuvent une culture du débat vivante et créative. Il est important aussi qu'un Etat démocratique garantisse un service public fiable et assure un minimum vital. Cet engagement favorise une résilience qui n'entend pas régler par une flexibilité agile des problèmes qu'elle a contribué à causer. La résilience au sens de capacité de résistance, soutenue par la solidarité, ne s'accapare pas. Elle motive les individus et les communautés à concrétiser leurs aspirations de telle sorte que l'être-ensemble en société profite à tous, en particulier aux personnes vulnérables et socialement défavorisées. Pour la CRS, la résilience relève d'une approche participative, qui favorise l'égalité d'accès à des ressources importantes comme le travail, l'éducation et la santé.

Les pandémies, sismographes des inégalités

Introduction

Les images diffusées par les médias en mars 2020 sont gravées dans toutes les mémoires: dans le nord de l'Italie, des convois de camions transportant des corps, des hôpitaux bondés où des patients gravement atteints, allongés sur le ventre, ne survivaient que grâce à des respirateurs, un personnel médical contraint de décider qui recevrait quel traitement – et à Genève, de longues queues devant les sites de distribution d'aide alimentaire. La pandémie de Covid-19 nous a pris par surprise: en Europe, aucune génération actuellement en vie n'avait vécu pareille expérience. Les maladies infectieuses, comme le SRAS (2003) ou la grippe porcine (2009), nous ont certes frôlés de près, mais en tant qu'événements, elle ne nous ont inquiétés que ponctuellement.

Au début de la pandémie, l'impression dominante était que le virus pouvait toucher n'importe qui. On parlait de lui comme d'un «grand niveleur». Toutefois, plus la pandémie persiste, plus il devient évident que les personnes en situation de faiblesse socioéconomique sont, logiquement, plus fortement pénalisées par ses conséquences sociales et économiques, mais aussi plus fréquemment et plus gravement atteintes par le virus. De nombreuses études le confirment. Les premières publications nous sont venues des Etats-Unis et de Grande-Bretagne. Aujourd'hui, nous disposons également de données en provenance d'autres pays européens et de Suisse. La pandémie impacte les structures, les problèmes, les discours et les cultures en place, qu'elle accentue ou renforce. La crise a un effet de loupe, qui rend plus visibles et plus nets certains aspects (Lessenich, 2020). Les inégalités sociales et sanitaires dont il est question ici ne sont pas des phénomènes nouveaux. Mais selon le contexte historique, elles se présentent sous des formes diverses et sont perçues différemment.

Nous allons décrire ci-après comment la «corrélation entre l'inégalité sociale, d'une part, et l'état de santé ainsi que les facteurs salutogènes et/ou pathogènes, d'autre part,» (Mielck, 2001, 805) est appréhendée et interprétée. L'objectif de cette contribution est de sensibiliser à cette corrélation et de préciser les missions de santé publique en résultant. Dans une première partie, nous montrerons comment se répartissent maladie et décès dans le cas de trois affections infectieuses – le choléra, la tuberculose et la grippe espagnole – au XIX^e et au début du XX^e siècle. Nous focaliserons ensuite notre attention sur la pandémie actuelle. Quels sont ses effets en fonction des différentes conditions de vie de la population et comment la société les gère-t-elle? Enfin, nous identifierons un certain nombre de défis que l'action politique et la santé publique auront à relever à l'avenir, ainsi que des amorces de solutions.

Perspective historique: des occasions manquées

Dès les débuts de la réflexion sur la santé publique moderne, on a relevé l'inégale répartition de la santé et de la maladie. C'est Johann Peter Frank (1745–1821), auteur d'un premier traité sur ce thème à la fin du XVIII^e siècle, qui nous a légué l'adage «la pauvreté est mère de toutes les maladies» (Frank, 1790, 150). L'hygiénisme, né en France vers 1830, et l'épidémie de choléra qui sévissait alors ont été les moteurs du développement de la statistique médicale. On espérait par ce moyen en apprendre plus sur les causes et le mode de propagation du choléra et d'autres maladies infectieuses: l'inégalité devant la maladie et la mort devenait une réalité mesurable. Le médecin genevois Marc d'Espine (1806–1860), qui analysa les décès à Genève entre 1838 et 1843, conclut:

«L'aisance diminue la mortalité naturelle d'une population et augmente son espérance de vie moyenne et probable. [...] A contrario, la pauvreté augmente la mortalité et abaisse les chiffres de l'espérance de vie probable et de l'âge moyen. [...] En un mot, la prospérité allonge et la pauvreté raccourcit la vie.» (d'Espine, 1846, 52)

Le choléra ou la pandémie du XIX^e siècle: au XIX^e siècle, la plupart des maladies étaient de type infectieux. Le typhus, la dysenterie bacillaire, la fièvre boutonneuse, la variole, la rougeole ou la scarlatine étaient endémiques, c'est-à-dire autochtones, et resurgissaient de temps en temps. On eut les pires craintes lorsque le choléra, répandu en Asie, se rapprocha de l'Europe dans les années 1830 jusqu'à atteindre la Suisse. Le pays y était mal préparé. Mais la Suisse fut moins rudement touchée que d'autres régions. La plus forte incidence fut enregistrée à Zurich pendant la troisième vague de la pandémie, en 1867. En un peu plus de trois mois, 684 cas de maladie et 581 décès furent dénombrés. C'est dans la population des quartiers pauvres que l'on déplora le plus de victimes. Quelques spécialistes, comme Anton Biermer (1827–1892), le chef de la clinique médicale de l'hôpital universitaire, firent le lien entre incidence de la maladie et conditions de vie:

«Les déficiences sociales et les conditions de vie défavorables de certaines classes populaires jouent souvent un rôle tout aussi important dans la propagation des épidémies que les poisons propres à la maladie eux-mêmes.» (Condrau, 1993, 93)

Parmi les facteurs propices à la propagation du choléra, mais également du typhus, lui aussi endémique, on supposait que figuraient la sous-alimentation, les mauvaises conditions de logement des classes inférieures ainsi que la saleté et les

cloaques à ciel ouvert. Ces situations constituaient un terreau idéal pour les maladies infectieuses, en particulier dans les villes qui se développaient alors à grande vitesse.

On recourut aux mesures classiques de police sanitaire comme la quarantaine et l'isolement. Même à Zurich, faute de disposer de logements suffisamment grands pour cela, des personnes contaminées furent contraintes de se confiner dans des maisons d'isolement ou des hébergements d'urgence. On diffusa des tracts qui prônaient un mode de vie «convenable» comme moyen de prévention: manger et boire avec modération, respecter les règles de propreté et éviter tout excès. Il s'agissait en fin de compte d'un programme éducatif bourgeois destiné aux classes inférieures. Néanmoins, certaines voix affirmèrent qu'il ne suffisait pas de faire savoir ce qui était sain et ce qui ne l'était pas, mais qu'il fallait des mesures de prévention de la malnutrition et de la faim. L'aide de crise était assurée pour l'essentiel dans le cadre d'initiatives privées.

Parmi les mesures durables réclamées, celles visant à améliorer l'hygiène publique commencèrent à trouver de plus en plus d'écho. A Zurich, la pression s'était accrue en raison notamment de la propagation du choléra. L'assainissement urbain s'accéléra à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle, avec le développement des réseaux d'eau potable et de la gestion des eaux usées. Ces infrastructures techniques innovantes, venues d'Angleterre et de France, furent indubitablement source d'énormes progrès, mais ne changèrent pas grand-chose aux inégalités structurelles.

L'approche de la médecine sociale: au milieu du XIX^e siècle, il existait encore une autre approche pour lutter contre les maladies courantes (Ruckstuhl & Ryter, 2021). Étroitement liée aux noms de Salomon Neumann (1819–1908) et Rudolf Virchow (1821–1902) dans l'espace germanophone, elle était appelée «médecine sociale». Pour ces deux praticiens allemands, maladie et situation sociale étaient étroitement liées. Les causes principales de maladie et de décès, selon Neumann, n'étaient pas «naturelles», mais avant tout générées par les conditions sociales (Neumann, 1847, 84). Réagissant tous deux à la détresse sociale qui, avec l'industrialisation, allait croissant, Neumann et Virchow exigeaient de l'Etat qu'il améliore la situation sociale:

«L'Etat démocratique veut le bien-être de chaque citoyen, car il reconnaît l'égalité des droits pour tous [...]. Mais les conditions du bien-être sont la santé et l'éducation, de sorte que la tâche de l'Etat est de fournir au plus grand nombre [...] les moyens de préserver la santé et de développer l'éducation. [...] L'Etat doit [...] prêter assistance à chacun de telle façon qu'il puisse mener une existence saine.» (Die medicinische Reform, 1848, 22)

Cette opinion ne parvint pas à s'imposer: les années 1860 et 1870 furent celles de l'hygiène, basée sur une approche scientifique, qui fit prévaloir la solution technique de l'assainissement. Elle se développa comme un sous-domaine de la médecine qui étudiait la santé et la maladie au sein de la population – ce que nous appelons aujourd'hui la santé publique. Cette dernière connut un essor sans précédent grâce à la bactériologie, à partir des années 1880, mais continua à reléguer au second plan la réflexion sur la question sociale.

La tuberculose, maladie des pauvres: ce n'est qu'avec les problèmes consécutifs à la deuxième révolution industrielle, vers 1900, que les liens entre condition sociale et maladie suscitérent un regain d'intérêt. La gestion de la tuberculose, une maladie infectieuse chronique, en est la meilleure illustration (Ruckstuhl & Ryter, 2017).

Au tournant du siècle, la tuberculose était la principale cause de mortalité en Suisse. Les malades étaient majoritairement des femmes et des hommes en âge de travailler. Dès les années 1880, lorsqu'on se mit à construire des sanatoriums luxueux pour les nantis, quelques experts objectèrent que les personnes les plus touchées par la tuberculose appartenaient à la classe ouvrière, œuvrant dans l'industrie et l'artisanat. Vers la fin du XIX^e siècle, les voix appelant à prendre des mesures pour ces couches de la population se firent plus pressantes. En 1894, Jakob Laurenz Sonderegger (1825–1896), une des personnalités politiques suisses les plus influentes en matière de santé dans le dernier tiers du XIX^e siècle, résumait ainsi la situation:

«Les nécessiteux constituent la grande majorité du peuple. [...] Ils ne peuvent pas attendre que vous et vos chers concitoyens ayez réussi à résoudre les questions sociales.» (Sonderegger, 1894, 29)

Les cantons se mirent alors à construire un sanatorium populaire après l'autre. La bactériologie vint à l'appui de cette stratégie, qui consistait à éloigner les personnes de leurs logements étriés et à éviter ainsi d'autres contaminations. On espérait en outre profiter de ces hébergements stationnaires pour inculquer aux couches les plus pauvres de la population un «mode de vie hygiénique». Cette volonté se traduisait notamment par un emploi du temps rigide, strictement encadré. La cause principale de contamination étant réputée être l'expectoration infectieuse, on insistait beaucoup sur la «bonne» façon de cracher et, plus généralement, sur la propreté.

Mais des doutes ne tardèrent pas à se faire jour quant à l'efficacité des sanatoriums. Sous l'influence de l'hygiène sociale, on acquit de plus en plus la conviction qu'un séjour en sanatorium n'avait guère d'utilité si les personnes, une fois guéries, retrouvaient des conditions de vie préjudiciables à

la santé. Conformément aux recommandations des congrès internationaux, des dispensaires locaux furent mis en place à partir de 1906. Au départ, il s'agissait souvent d'initiatives d'associations féminines bourgeoises. Axées sur la prévention et le dépistage précoce, ces structures associaient étroitement travail médical et assistance aux personnes. Le chef du dispensaire, un médecin, était responsable des diagnostics, tandis que les assistantes prenaient en charge les aspects sociaux. Outre le soutien matériel, l'acquisition d'un style de vie bourgeois était là encore au centre des préoccupations. Améliorer la situation sur le plan structurel était tout au plus un objectif marginal.

Même la recherche sur les inégalités, qui démarra avant la Première Guerre mondiale avec l'ouvrage phare de Max Mosse (1873–1936) et Gustav Tugendreich (1876–1948) intitulé «*Krankheit und Soziale Lage*», n'entraîna guère de changements. Les deux auteurs collectèrent quantité de données qui leur permirent de mettre en évidence l'inégale répartition de la santé et de la maladie. Dans la droite ligne de Neumann et Virchow, ils dénoncèrent cette situation et demandèrent aux politiques de prendre des mesures:

«La pauvreté condamne la majeure partie de l'humanité civilisée à un mode de vie insalubre aux conséquences mortelles. C'est à présent un constat clairement établi. [...] Ce lien est aujourd'hui bien connu du spécialiste en politique sociale, de l'économiste, du médecin. [II] impose à la société de grandes et graves obligations. L'objectif est d'assurer y compris au pauvre une existence satisfaisante en termes d'hygiène et de réduire ainsi progressivement les écarts considérables qui séparent l'espérance de vie du riche et celle du pauvre.» (Mosse & Tugendreich, 1913 [réimpression 1981], 21)

Les débats concernant la *loi fédérale de 1928 sur la lutte contre la tuberculose* montrent comment les milieux politiques appréhendaient les liens structurels entre situation socioéconomique et situation sanitaire. Certes, dans le message du Conseil fédéral, les conditions précaires de vie et de logement étaient citées comme des entraves à la lutte contre la tuberculose. Le projet de loi contenait donc quelques articles visant à un rééquilibrage social minimal, par exemple via l'analyse gratuite des crachats et la désinfection des logements pour les couches les plus pauvres de la population, ou encore par l'octroi d'une indemnisation financière lorsqu'une personne atteinte de tuberculose n'était plus autorisée à travailler. Mais ces propositions du Conseil fédéral ne furent pas entendues au Parlement. Il s'agissait d'édicter non pas une «loi humanitaire générale», fit savoir le porte-parole de la commission du Conseil des États chargée de l'examen préalable, mais une loi prévoyant des mesures contre la maladie (Ruckstuhl & Ryter, 2017, 149 ss). En d'autres termes, on se limitait essentiellement aux aspects médicaux, l'argument mis en avant étant que les moyens financiers ne suffiraient pas pour prendre aussi en compte les aspects sociaux. Les

actes médicaux, comme la radiographie et la vaccination, ne cessèrent dès lors de se multiplier, alors que la coopération entre médecine et aide sociale commençait à se distendre.

La grippe espagnole ou la plus grande catastrophe démographique d'origine infectieuse au XX^e siècle: vers la fin de la Première Guerre mondiale, à l'été 1918, une pandémie de grippe sans précédent prit la planète par surprise. La grippe espagnole, comme on l'appela, se propagea rapidement et fit entre 50 et 100 millions de morts à travers le monde. La Suisse aussi fut rudement touchée. De nombreuses personnes, en raison de la hausse des prix ainsi que des pénuries alimentaires consécutives à la guerre, basculèrent dans la pauvreté. Elles étaient des centaines de milliers à dépendre d'aides publiques ou privées (Kury, 2018). À l'été puis à l'automne 1918, deux vagues de grippe firent environ 25 000 victimes sur une population d'à peine quatre millions d'habitants. La classe d'âge des 18–40 ans compta le plus de morts (OFS, 2018). Le taux de contamination est estimé à environ 50% par la recherche (Sonderegger & Tscherrig, 2016).

Le pays n'était alors absolument pas préparé. Le gouvernement et l'armée étaient focalisés sur les problèmes liés à la guerre. À l'été 1918, le Conseil fédéral interdit les rassemblements et habilita les cantons à adopter des mesures (Kury, 2018). Mais le fédéralisme fit obstacle à une stratégie cohérente: les cantons n'étaient pas d'accord sur les mesures à prendre, et leur action n'était pas coordonnée. La *Berner Tachwacht* ne manqua pas de critiquer cette situation:

«Compte tenu de la propagation de l'épidémie, il est tout à fait inutile que la ville et le canton de Berne ferment les églises, les théâtres, les cinémas, etc. [...], alors qu'à Zurich, on continue de jouer de la musique, de monter sur les planches et de prêcher. [...] Des voyageurs arrivent et repartent et transportent les germes de la maladie d'un lieu à l'autre.» (Kury, 2018, 397)

Sans doute le manque de coordination entre les cantons, dont ces derniers venaient de faire la cruelle expérience, a-t-il joué un rôle décisif dans la création de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, à l'automne 1919 (Ruckstuhl & Ryter, 2017).

Les historiens n'ont commencé à s'intéresser à la grippe espagnole qu'à partir des années 1990 (Sonderegger & Tscherrig, 2016). Faute de données, on ne peut se prononcer quant à la situation socioéconomique des victimes de cette épidémie, même si une évaluation concernant la ville de Berne révèle un taux de mortalité nettement supérieur dans les quartiers défavorisés (Staub et al., 2021). La recherche met toutefois en évidence une autre singularité. À l'époque, en Suisse, les médias évoquèrent la grippe espagnole presque exclusivement en relation avec l'armée et la grève générale. Les victimes

étaient des soldats. Les civils décédés – plus de 20 000 – ne suscitèrent guère d'intérêt, ce qui occulta l'inégalité face à la maladie (Sonderregger & Tscherrig, 2016; Kury, 2018). L'idée que la grippe frappait tout le monde de la même manière fut remise en question dès 1931 par l'économiste et statisticien américain Edgar Sydenstricker (1881–1936). Depuis lors, ses thèses ont été confirmées à l'échelon international (Bambra et al., 2020; Wachtler et al., 2020).

Ces exemples historiques le montrent: les liens entre situation sociale et santé étaient connus et il en était débattu. En pratique toutefois, on se bornait à prendre des mesures techniques, éducatives et de police sanitaire ainsi qu'à proposer des aides individuelles. L'élément déterminant ici était qu'en matière de santé publique, depuis le milieu du XIX^e siècle, la médecine orientée sur les sciences naturelles s'était imposée. Elle s'était arrogé le monopole de l'interprétation de la maladie et mettait en avant une vision physiologique individuelle.

Changement d'orientation à l'échelon international: dès 1851, il y avait eu des tentatives visant à régler à l'échelon international la gestion des pandémies, en particulier celle du choléra. Un premier succès, certes modeste, fut enregistré en 1893 avec la signature d'une convention portant sur la mise en quarantaine des navires (Howard-Jones, 1975). Les deux guerres mondiales interrompirent ensuite toute initiative de ce type. Il fallut attendre la création de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 1948, pour que reprennent les discussions internationales sur la lutte contre les épidémies. En dépit de la définition générale de la notion de santé formulée par l'OMS lors de sa création, la biomédecine parvint à consolider son statut pendant la révolution thérapeutique de l'après-guerre.

Dans les années 1970/80, la mutation sociétale fit évoluer la réflexion en matière de santé publique. L'OMS joua un rôle important à cet égard. Elle intégra les revendications des mouvements sociaux, basées sur l'autonomisation et la participation, elle développa de nouveaux concepts et elle formula la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Dans le cadre de la *Déclaration d'Alma-Ata* de 1978, puis de la *Charte d'Ottawa* de 1986, l'inégale répartition des ressources, de la santé et de la maladie fit son retour à l'ordre du jour. On adopta une approche salutogène, c'est-à-dire axée sur la santé. Cette dernière, considérée comme le résultat d'interactions complexes entre les conditions de vie, le quotidien et le comportement des personnes, exigeait une politique intersectorielle.

Le *Black Report*, publié à Londres en 1980, donna une forte impulsion à la question de l'inégalité en matière de santé (Report of the Working Group, 1980). Cette étude remarquable constatait que depuis les années 1930, s'agissant du nombre de cas de maladie et de décès, les écarts entre les catégo-

ries sociales s'étaient creusés. Le *Black Report* et les études subséquentes signalèrent en outre le gradient social qui établit une relation linéaire entre la situation socioéconomique, d'une part, et la mortalité ainsi que la plupart des maladies, d'autre part. Plus une personne dispose de moyens financiers importants, plus grandes sont ses chances de vivre longtemps et en bonne santé. Le changement de regard résultant de la recherche et des débats sur la politique de santé se traduisit par de nouveaux modèles explicatifs. Le plus connu est le modèle dit «en arc-en-ciel» de Göran Dahlgren et Margaret Whitehead (1991) (voir figure). Celui-ci met en lumière le rôle des conditions sociales, matérielles et culturelles qui, cumulées et rapportées aux parcours de vie, contribuent à l'inégalité en matière de santé. Il constitue la base du concept de l'OMS dit des déterminants sociaux de la santé, dont les applications concernent tant la recherche que la pratique en matière de santé publique (OMS, 2008). Il permet des analyses globales, sensibilise aux inégalités et fournit des points de référence pour la stratégie *Santé dans toutes les politiques* (*Health in all Policies*) initiée par la Finlande et l'Union européenne en 2006, puis étendue au monde entier à la suite de la Conférence d'Helsinki de l'OMS en 2013.

L'inégalité en matière de santé dans le contexte de la pandémie de Covid-19

La pandémie de Covid-19 a frappé une société où règne l'inégalité sociale et sanitaire. L'affirmation selon laquelle «on tombe plus souvent malade et on meurt plus jeune quand on est pauvre» reste vraie au début du XXI^e siècle (Knöchelmann & Richter, 2021). Jamais encore il n'y a eu autant de données, autant de connaissances nationales et internationales qui confirment cet état de fait. Globalement, l'inégalité s'est même accrue au cours des dernières années (Maron & Mielck, 2015).

A peine la pandémie survenue, il est apparu que les personnes en situation de faiblesse socioéconomique, les minorités ethniques ou les personnes contraintes à l'exil étaient beaucoup plus touchées en termes de taux de contamination, de formes graves de la maladie et de mortalité (Bambra et al., 2020). Selon de premières études réalisées aux États-Unis, le taux d'hospitalisation est quatre à cinq fois plus élevé au sein des minorités ethniques. On observe un schéma analogue en Grande-Bretagne (Huang, 2020) ainsi qu'en Europe continentale. Un état des lieux sur la situation internationale en matière d'inégalité sanitaire et de Covid-19, réalisé par l'Institut Robert Koch, confirme que les personnes en situation de faiblesse socioéconomique sont globalement davantage affectées (Wachtler et al., 2020).

Comment s'explique cette inégalité? Bambra et al. (2020) parlent d'une pandémie syndémique. Il y a syndémie lorsque des facteurs de risque agissent de manière interactive et cu-

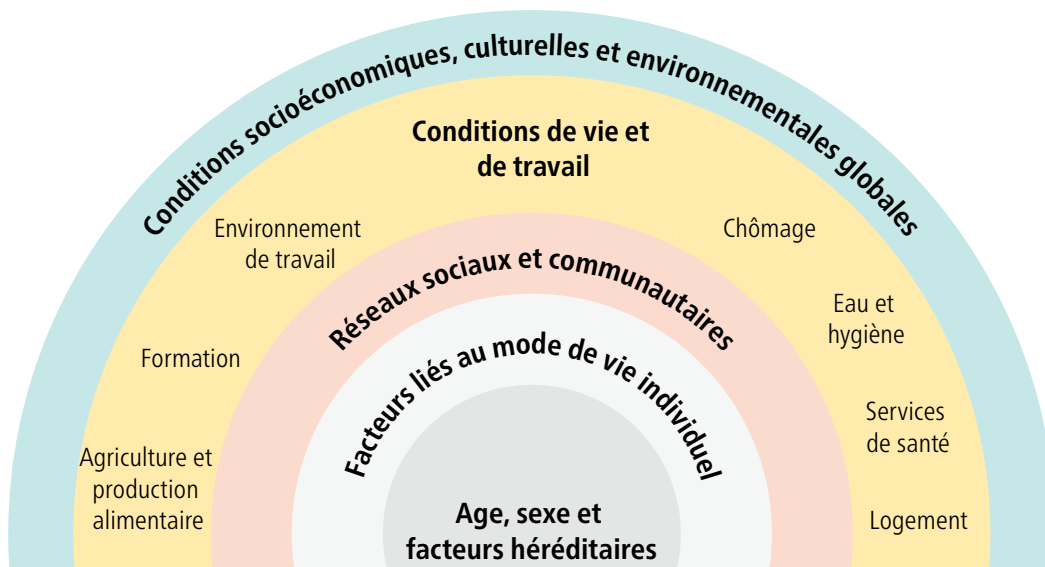


Figure 1: Modèle des déterminants de la santé d'après Dahlgren et Whitehead (1991)

mulative, amplifiant ainsi les effets négatifs préexistants. Les maladies chroniques par exemple, à l'origine des formes graves de Covid-19, empirent, parce que les déterminants sociaux nocifs s'accroissent avec la pandémie.

L'inégalité des conditions de vie et de travail crée de l'inégalité face aux risques de contamination. Parmi les personnes exerçant des métiers dits d'importance systémique, beaucoup sont exposés à des contacts plus fréquents (Wachtler et al., 2020; Heisig & König, 2020). Les vendeuses et les vendeurs, le personnel infirmier ou celui des crèches, qui appartiennent aux catégories de revenus inférieures et moyennes, dépendent plus que d'autres des transports en commun et vivent dans des logements plus petits (Knöchelmann & Richter, 2021). Le télétravail, en revanche, est l'apanage des personnes exerçant des métiers plutôt bien rémunérés.

Les formes graves de Covid-19 et la mortalité accrue concernent au premier chef les personnes âgées et atteintes d'affections préexistantes. Mais d'autres facteurs de risque, comme le tabagisme ou l'obésité, peuvent influencer négativement sur l'évolution de la maladie. Ceux-ci à leur tour obéissent à un gradient social, c'est-à-dire qu'ils pèsent davantage sur les personnes socialement défavorisées (McNamara et al., 2017). L'inégalité se traduit également par des restrictions dans l'accès aux soins médicaux et aux prestations d'aide sociale, en particulier pour les sans-papiers, les requérants d'asile et les travailleurs et travailleuses du sexe (Wahrendorf et al., 2020). Cette répartition inégale des ressources et des risques, ainsi que des facteurs structurels, sanitaires, comportementaux et psychosociaux, entraîne une vulnérabilité accrue au sein de certains groupes (Burström & Tao, 2020; Wachtler et al., 2020).

A propos de la situation en Suisse: la Suisse compte parmi les pays les plus riches et dispose d'un excellent système de prise en charge médicale. Mais comme le confirment désor-

mais des études récentes, elle n'échappe pas aux mécanismes ni aux schémas de base de l'inégalité. De Ridder et al. (2021) ont analysé l'évolution des foyers de Covid-19 (clusters) pendant deux mois dans différents quartiers de Genève. Ils ont constaté que 85% des clusters persistaient dans les quartiers à qualité de vie médiocre, 70% dans les quartiers à qualité de vie moyenne et 30% dans les quartiers à qualité de vie élevée. L'interprétation de ces résultats renvoie clairement aux déterminants sociaux de la santé: faibles revenus, faibles retraites, chômage élevé et forte proportion de population migrante. Des données très récentes issues d'une prépublication corroborent ces résultats (Riou et al., 2021). Le taux de dépistage est plus faible dans les quartiers peu privilégiés que dans les quartiers aisés, tandis que la probabilité d'être testé positif y est plus élevée. Dans le même temps, le risque d'hospitalisation, de développement d'une forme grave de la maladie ou de décès est plus élevé dans les premiers que dans les seconds. Les facteurs d'explication sont similaires à ceux concernant Genève: davantage de contacts non protégés, pas de télétravail, des logements étiqués et des affections chroniques plus fréquentes.

Les conséquences de la pandémie sur la santé psychique ont été signalées à plusieurs reprises dans les médias ainsi que dans des rapports (Burton-Jeangros et al., 2020a; Kessler & Guggenbühl, 2021). La Swiss Corona Stress Study (de Quervin, 2020) fournit des indications à ce sujet. Près de la moitié des personnes interrogées ont connu un niveau de stress accru par rapport à la période antérieure au semi-confinement. L'incidence des symptômes de stress moyennement sévères ou sévères a davantage augmenté chez les personnes qui en présentaient déjà avant la pandémie. Parmi les principaux facteurs de stress ont été cités notamment les changements professionnels, le fait de vivre seul ou la peur de l'avenir.

Une étude réalisée sur mandat du Département des affaires sociales de la Ville de Zurich (Götzö et al., 2021) examine la situation des groupes particulièrement vulnérables. Elle identifie les groupes de personnes recourant aux distribu-

tions gratuites de repas, de denrées alimentaires et de bons d'achat en raison de la pandémie. Il en ressort qu'une grande partie de ces groupes, comme les bénéficiaires de l'aide sociale, n'ont pas vu leur situation beaucoup changer, puisqu'ils continuent à percevoir les prestations d'aide ordinaires. Dans d'autres groupes toutefois, notamment chez les travailleurs et travailleuses du sexe et les sans-papiers, la précarité a augmenté en raison des pertes de revenus partielles ou totales dues à la pandémie.

La situation des sans-papiers a ceci de particulier que, n'étant pas titulaires d'un titre de séjour, ils ne peuvent prétendre à aucune aide gouvernementale. Une étude concernant Genève (Burton-Jeangros et al., 2020b) se penche sur leurs problèmes spécifiques. Sur les 10 000 à 15 000 sans-papiers vivant à Genève, la plupart travaillent pour des particuliers. Beaucoup ont été licenciés car, pendant le semi-confinement, les personnes les employant se sont chargées elles-mêmes des travaux ménagers et de la garde des enfants ou craignaient d'être contaminées. Les difficultés financières consécutives à la perte d'emploi pèsent considérablement sur la sécurité du logement et la sécurité alimentaire. Quelques-unes des personnes interrogées disent même souffrir de la faim. Les sans-papiers hésitent à demander une aide médicale ou sociale, car ils ont peur d'être expulsés. Dans bien des cas, ils ne disposent pas des informations nécessaires sur les offres non gouvernementales, en raison notamment de la barrière de la langue. Tant l'étude concernant Genève que celle concernant Zurich soulignent combien la crainte d'être découverts conditionne le comportement des membres de ce groupe.

Les données socioéconomiques analysées par le KOF Centre de recherches conjoncturelles (Martinez et al., 2021) corroborent les résultats des études précitées. Elles portent principalement sur les conditions de travail et le revenu disponible. Ces données montrent que les personnes vivant dans des ménages à faibles revenus connaissent plus souvent une évolution négative de leur situation financière et qu'elles subissent les baisses de revenus les plus fortes. Un tiers de la catégorie de population disposant des revenus les plus bas (moins de 4000 francs par mois) a enregistré une réduction de 20%, contre 8% pour la catégorie de population dotée des revenus les plus élevés (plus de 16 000 francs par mois). Si cette dernière a pu accroître son épargne pendant la pandémie, 39% des personnes disposant des revenus les plus bas ont dû puiser dans leurs économies, et une sur neuf a même été contrainte de s'endetter. Le résultat de l'évaluation du bien-être subjectif n'a dès lors rien de surprenant: comme le montre le gradient, plus les revenus sont bas, plus le bien-être perçu est faible.

Réponses politiques et sociétales: en édictant des plans de protection ainsi qu'un premier semi-confinement en mars 2020, les autorités gouvernementales ont pris des mesures

destinées à stopper les chaînes de contamination et à atténuer le choc économique lié à la pandémie. La réduction de l'horaire de travail, un instrument établi, vise à prévenir les licenciements et donc une hausse importante du chômage; les contributions à fonds perdu, les prêts, les cautionnements et les garanties doivent permettre aux entreprises et aux personnes exerçant une activité indépendante de surmonter les pénuries de liquidités et de compenser au moins partiellement les pertes de recettes. Ces mesures économiques ont pour but d'éviter une crise sociale de plus grande ampleur. Quant à savoir si elles sont de nature à empêcher une hausse des inégalités sociales, cela reste à voir et méritera d'être analysé.

Au-delà des mesures gouvernementales, la société civile et ses multiples ONG assument des fonctions essentielles. Les œuvres d'entraide, les églises ainsi que des initiatives privées apportent une aide de crise afin de remédier aux cas d'urgence et de rigueur à caractère social. Ces institutions comblent ainsi une lacune importante du système social suisse, dans la mesure où elles sont souvent en mesure de réagir de façon plus rapide et plus directe. Elles s'occupent aussi de groupes particulièrement vulnérables comme les sans-papiers «invisibles». La Chaîne du Bonheur, par exemple, a réussi en 2020 à collecter près de 65 millions de francs au profit d'œuvres d'entraide opérant à l'échelon national et international. Le nombre des organisations nationales, régionales et locales qu'elle soutient a dépassé la centaine depuis l'apparition de la pandémie. Ces organisations fournissent des aides financières et alimentaires à des personnes qui, le plus souvent, étaient déjà en situation de précarité auparavant (www.bonheur.ch, consulté le 10 mai 2021).

Défis à relever

La pandémie de Covid-19 montre à quelle vitesse, dans la société mobile qui est la nôtre, les maladies infectieuses ainsi que leurs graves conséquences sanitaires, sociales et économiques peuvent se propager au monde entier. Même lorsque la pandémie sera derrière nous, les inégalités structurelles, qu'elles soient sociales ou sanitaires, demeureront, voire se renforceront (Quinn & Kumar, 2014). La santé publique a pour mission de créer des conditions-cadres propices à la santé de toutes et de tous. Cela suppose d'influer sur les déterminants sociaux et d'analyser les situations politico-économiques sous un angle critique (Wachtler & Rakowitz, 2021). Vivre moins longtemps ou en moins bonne santé en raison de conditions sociales étant contraire aux principes de l'Etat social (Lampert et al., 2019), il faut des débats publics qui clarifient comment les problématiques sont perçues et interprétées et quelles sont les réponses à apporter aux difficultés qui se posent.

La pandémie, phénomène mondial, met en évidence la nécessité de solutions mondiales. C'est donc une approche

mondiale que la santé publique devra adopter et défendre à l'avenir, bien plus qu'elle ne le fait aujourd'hui. Car qu'importe où une épidémie se déclare: elle peut évoluer en pandémie en un rien de temps. Cela semble évident, mais constitue un défi de taille, comme en témoigne actuellement de manière éclatante la question de la répartition des vaccins. Avant même que les doses ne soient disponibles, les pays les plus riches s'en sont assurés des quantités suffisantes, alors que les pays du Sud, en particulier, devront attendre longtemps avant que leur population puisse être vaccinée.

S'agissant de la mise en œuvre, le mouvement One Health constitue une référence (Ruckert et al., 2020). Cette initiative promeut une approche multisectorielle, transdisciplinaire, qui reconnaît les liens entre l'humain, l'animal, le végétal et leur environnement. Elle intègre ainsi les thématiques mondiales que sont la sécurité alimentaire, le développement durable et le réchauffement climatique, toutes étroitement liées à celle des inégalités sociales et sanitaires (Quinn & Kumar, 2014; Zeeb, 2020). Elle fonde son action sur les objectifs de développement durable formulés par l'ONU dans son Agenda 2030, dont l'égalité des chances en matière de santé fait partie.

La réduction des inégalités en matière de santé demeure un défi majeur, y compris à l'échelon national (Wachtler & Rakowitz, 2021). Ces inégalités résultent de mécanismes complexes, qui englobent des systèmes économiques, environnementaux et sociaux. Si l'on n'agit pas sur les conditions-cadres structurelles, il y a peu de chances que des changements interviennent. Mais pour agir concrètement, il est possible de s'appuyer sur l'approche de la santé dans toutes les politiques. Celle-ci prend systématiquement en compte les effets des décisions politiques sur la santé et vise à promouvoir l'égalité des chances en matière de santé en influant sur les déterminants sociaux (Geene et al., 2020; Dragano & Conte, 2020). Ces concepts sont en débat depuis les années 1980 et, en Europe, c'est surtout dans les pays nordiques qu'ils ont trouvé écho (Brown et al., 2019). En Suisse, certes, on en discute et on les applique pour des projets ponctuels (OFSP, 2019; Weber & Hösli, 2020). Pour autant, une politique intersectorielle nationale, qui poursuive des objectifs communs en coopération avec différents acteurs issus des secteurs de la santé, de l'éducation et de l'économie tout en intégrant les ONG ainsi que les initiatives de la société civile, n'est pas encore à l'ordre du jour.

Cela nécessite à la base – et c'est un défi supplémentaire – un suivi global qui associe les données socioéconomiques et les données de santé. Globalement, il est essentiel de mieux connaître les mécanismes sous-jacents et d'améliorer leur prise en compte à l'échelon politique. Or un suivi apporte des connaissances, crée de la transparence et permet de légitimer les mesures. Ces connaissances sont à intégrer notamment dans les plans nationaux en cas de pandémie, lesquels devraient préciser les modalités de fixation des priorités et de

gestion des conséquences sociales (Quinn & Kumar, 2014). Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe se penche sur cette question, puisqu'il est en train d'élaborer des indicateurs sur le suivi des inégalités en matière de santé résultant de la pandémie (Wahrendorf et al., 2020).

Enfin, un débat public sur ce qu'est la santé et sur la manière de l'évaluer mérite d'être ouvert. A l'heure actuelle, la santé est principalement considérée comme un bien individuel, qu'il appartient à chacun et chacune de gérer sous sa propre responsabilité. Ses moteurs sont un grand marché et un système qui reste axé sur la prise en charge individuelle de la maladie. Mais cette vision des choses fait oublier que les inégalités sociales structurelles conditionnent la santé et la maladie. Il faut renforcer la santé publique, pour qu'elle s'entende comme un domaine d'action et de compétence interdisciplinaire, inclusif, considérant la santé mondiale et nationale de la population toute entière tout comme l'environnement social, économique et sanitaire de cette dernière. La santé est un bien social. Elle est indispensable à l'intégration dans la société et à la réalisation des objectifs de vie (Morabia, 2020).

Bibliographie

- Actualités OFS (2018). La grippe espagnole de 1918. Neuchâtel.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J. et al. (2020). The Covid-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74, 964–968.
- Brown, A. F., Grace, X., Miranda, J., Eng, E., Castille, D., Brockle, T. ... & Trinh-Shevrin, C. (2019). Structural Interventions to Reduce and Eliminate Health Disparities. *American Journal of Public Health* 109 (51, suppl. 1), 72–78.
- Burström, B. & Tao, W. (2020). Social determinants of health and inequalities in Covid-19. *European Journal of Public Health*, 30(4), 617–618.
- Burton-Jeangros, C., Sander, D., Belsler, E. M., Mahon, P., Moon, S., de Quervain, D., ... & Hurst, S. (2020a). L'impact du confinement imposé par le COVID-19 au printemps 2020 sur la santé mentale de la population. *Lives Impact, Special Issue 3*.
- Burton-Jeangros, C., Duvoisin, A., Lachat, S., Consoli, L., Fakhoury, J. & Jackson, Y.-L. J. (2020b). The impact of the covid-19 pandemic and the lockdown on the health and living conditions of undocumented migrants and migrants undergoing legal status regularization. Consulté sur: <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:147845>
- Condrau, F. (1993). Soziale Ungleichheit vor der Cholera. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung*, vol. 12, 75–99.
- d'Espine, M. (1846). Über den Einfluss der Wohlhabenheit und der Armuth auf die Sterblichkeit. *Kritische und statistische Untersuchungen*. Zurich.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote equity in health. Institute for Future Studies, Stockholm. Consulté sur: https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe/citation/download
- de Quervain, D. (2020). Psychische Auswirkungen des Corona-Lockdowns. Consulté sur: https://sagw.ch/fileadmin/redaktion_sagw/dokumente/Publikationen/Bulletin/Lebensraume/Dossier_deQuervain.pdf

- De Ridder, D., Sandoval, J., Vuilleumier, N., Azman, A. S., Stringhini, S., Kaiser, L., ... & Guessous, I. (2021). Socioeconomically Disadvantaged Neighborhoods Face Increased Persistence of SARS-CoV-2 Clusters. *Frontiers in Public Health*, 8, 1–5.
- Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift. (1848). Berlin: G. Reimer.
- Dragano, N. & Conte, A. (2020). Health in All Policies und gesundheitliche Chancengleichheit. Covid-19 als Fallstudie. *Public Health Forum*, 28(3), 185–187.
- Frank, J. P. (1790). Akademische Rede vom Volkseind als der Mutter der Krankheiten. In: Deppe, H.-U. et al. (éd.). (1975). *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte*. Francfort-sur-le-Main: Suhrkamp, 149–162.
- Geene, R., Matusall, S. & Kurth, B. M. (2020). Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. *Gesundheitswesen*, 82(07), e72–e76.
- Götzö, M., Herzog, M., Mey, E., Adili, K. & Brüesch, N. (2021). Datenerhebung pandemiebedingte, kostenlose Mahlzeiten-, Lebensmittel- und Gutscheinabgaben in der Stadt Zürich. Schlussbericht zuhanden des Sozialdepartements der Stadt Zürich vom April. Zurich: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Consulté sur: <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/22446>
- Heisig, J., & König, C. (2020). Wie und warum die gesundheitlichen Folgen der Pandemie vom sozialen Status abhängen. Berlin: Schlaglichter aus der WZB-Forschung.
- Howard-Jones, N. (1975). *The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851–1938*. Genève. Consulté sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62873/14549_eng.pdf.
- Huang, S. (2020). Wie Corona soziale Ungleichheiten aufdeckt und verschärft. *DIW Wochenbericht*, 87(29), 524.
- Kessler, C. & Guggenbühl, L. (2021). Répercussions de la pandémie de coronavirus sur la santé de la population en termes de vulnérabilité et de ressources. Sélection de résultats de recherches de 2020 pour la Suisse. Document de travail 52. Berne, Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Knöchelmann, A. & Richter, M. (2021). Covid-19 und soziale Ungleichheit. *Public Health Forum*, 29(1), 2–4.
- Kury, P. (2018). Das Virus der Unsicherheit. Die Jahrhundertgrippe von 1918/19 und der Landesstreik. In: Rossfeld, R. et al. (éd.). *Der Landesstreik. Die Schweiz im November 1918*. Baden: Hier und Jetzt, 390–411.
- Lampert, T., Hoebel, J., & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 3–15.
- Lessenich, S. (2020). Soziologie – Corona – Kritik. *Berliner Journal für Soziologie*, 30, 215–230.
- Maron, J. & Mielck, A. (2015). Nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu? Ergebnisse eines Literaturreviews und Empfehlungen für die weitere Forschung. *Gesundheitswesen*, 77(3), 137–147.
- Martínez, I. Z. (2021). Corona und Ungleichheit in der Schweiz. Eine erste Analyse der Verteilungswirkungen der Covid-19-Pandemie. *KOF Studien*, n° 161. EPFZ: KOF Konjunkturforschungsstelle. Consulté sur: <https://ethz.ch/content/dam/ethz/special-interest/dual/kof-dam/documents/Medienmitteilungen/Sonstige/Studie%20Ungleichheit%20final.pdf>
- McNamara, C., Balaj, M., Thomson, K. H., Eikemo, T. A., Solheim, E. F. & Bambra, C. (2017). The socioeconomic distribution of non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(1, suppl. 1), 22–26.
- Mielck, A. (2001). Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits-Chancen als Aufgabe für Public Health. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44(8), 804–812.
- Morabia, A. (2020). Covid-19: Health as a Common Good. *American Journal of Public Health*, 110(8), 1111–1112.
- Mosse, M. & Tugendreich, G. (1913, réimpression 1981). *Krankheit und Soziale Lage*. Cromm, Jürgen (éd.). Göttingen: autoédition.
- Neumann, S. (1847). *Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum. Kritisches und Positives mit Bezug auf die preussische Medizinalverfassung-Frage*. Berlin: Adolph Rick.
- OFSP (Office fédéral de la santé publique) (2019). *Politique globale de santé. Spectra 123*. Le texte est également disponible en allemand et en anglais.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2008). *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Résumé analytique du rapport final*. Genève. Consulté sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Quinn, S. C. & Kumar, S. (2014). Health Inequalities and Infectious Disease Epidemics: A Challenge for Global Health Security. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice and Science*, 12(5), 263–273.
- Report of the Working Group on Inequalities in Health. Première publication par le DHSS en 1980. Connu sous l'intitulé de Black Report, d'après le nom du Président du groupe de travail, Sir Douglas Black.
- Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., ... & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the cascade from SARS-CoV-2 testing to Covid-19 mortality: Analysis of nationwide surveillance data. Prépublication. DOI 10.17605/OSF.IO/EP4X9.
- Ruckert, A., Zinszer, K., Zarowski, C., Labonté, R. & Carabin, H. (2020). What role for One Health in the Covid-19 pandemic? *Canadian Journal of Public Health*, 111(5), 641–644.
- Ruckstuhl, B. & Ryter, E. (2021). Der Aufbau der öffentlichen Gesundheit im 19. Jahrhundert. In: Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F. (éd.). *Public Health. Disziplin – Praxis – Politik*. Wiesbaden: Springer VS, 19–33.
- Ruckstuhl, B. & Ryter, E. (2017). *Von der Seuchenpolizei zu Public Health. Öffentliche Gesundheit in der Schweiz seit 1750*. Zurich: Chronos.
- Sonderegger, C. & Tscherrig, A. (2016). Die Grippepandemie 1918–1919 in der Schweiz. In: Krämer, D. et al. (éd.). «Woche für Woche neue Preisaufschläge». *Nahrungsmittel-, Energie- und Ressourcenkonflikte in der Schweiz des Ersten Weltkrieges*. Bâle: Schwabe, 259–283.
- Sonderegger, J. L. (1894). Tuberkulose und Heilstätten für Brustkranke in der Schweiz. Versuch zur Besprechung einer sozialen Frage. Saint-Gall: Zollikofer.
- Staub, K., Jüni, P., Urner, M., Matthes, K. L., Leuch, C., Gemperle, G., ... & Floris, J. (2021). Public Health Interventions, Epidemic Growth, and Regional Variation of the 1918 Influenza Pandemic Outbreak in a Swiss Canton and Its Greater Regions. *Annals of Internal Medicine*, 174(4), 533–539.
- Wachtler, B. & Rakowitz, N. (2021). Public Health in Zeiten von Ökonomisierung und zunehmender sozialer Ungleichheit. In: Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F. (éd.). *Public Health. Disziplin – Praxis – Politik*. Wiesbaden: Springer VS, 475–491.
- Wachtler, B., Michalski, M., Nowossadeck, E., Diercke, M., Wahrenndorf, M., Santos-Hövenner, C., ... & Hoebel, J. (2020). Sozioökonomische Ungleichheit und Covid-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. *Journal of Health Monitoring*, 5(57), 3–18.
- Wahrenndorf, M., Knöchelmann, A., von dem Knesebeck, O., Vonneilich, N., Bolte, G., Lehmann, F., ... & Dragano, N. (2020). Verschärfen Covid-19 Pandemie und Infektionsschutzmassnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten? Kompetenznetz Public Health Covid-19 (éd.). Consulté sur: https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier_SozUngl_Covid19_final.pdf
- Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Egalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques*. Promotion Santé Suisse, Office fédéral de la santé publique & Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (éd.) Berne. Consulté sur: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/forschung-migration-und-gesundheit/grundlagenbericht-chancengleichheit-in-der-gesundheitsforderung.pdf.download.pdf/>
- Zeeb, H. (2020). *Gesundheit, soziale Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit*. *Public Health Forum*, 28(3), 188–190.

Carla fait du rattrapage

Je m'appelle Carla. Depuis quelque temps, je suis bénévole à la Croix-Rouge Jeunesse genevoise et je donne des cours de soutien scolaire dans un centre pour requérants d'asile. La fermeture des écoles, en mars 2020, a été un impitoyable révélateur de l'inégalité des chances, le décrochage touchant ces mêmes élèves qui avaient justement déjà besoin d'aide auparavant. Lorsque les cours se donnaient à distance, toutes et tous n'ont pas pu bénéficier d'un appui et d'un suivi complémentaires. Disposer des outils techniques nécessaires n'allait pas non plus forcément de soi. J'ai tout de suite remarqué chez «mes» protégés que pas mal de choses s'étaient perdues en route.

«Moi, j'ai rien fait pendant le confinement!», s'est exclamé un élève en jetant sur la table une pochette pleine à craquer de fiches. Paf!

Eh bien, asseyons-nous et mettons-nous au travail. Il y a deux bons mois de cours à rattraper.

Heureusement, les écoles ont rouvert juste avant les vacances d'été, ce qui a au moins permis de rattraper un peu le retard scolaire et de renouer des contacts sociaux. Nous avons davantage de règles à suivre maintenant, c'est sûr, et nous avons développé un plan de protection strict. Ainsi, nous portons systématiquement un masque en cours, nous nous désinfectons régulièrement les mains, les enfants n'ont pas le droit de se lever et de se déplacer comme avant, nous gardons nos distances. C'était vraiment bizarre au départ. Parce qu'avant la pandémie, les enfants voulaient toujours s'installer en grappes, de préférence à la même table. Ce n'est plus possible à présent.

De temps à autre, il nous faut rappeler les nouvelles règles. Les élèves les respectent bien dans l'ensemble – avec une bonne dose d'inventivité! Par exemple, il est interdit de se prêter le matériel scolaire: «Mais si je désinfecte d'abord mon crayon, je pourrai?»

Maintenant que les chiffres repartent fortement à la hausse (état: octobre 2020), les enfants manifestent des signes d'inquiétude. Ils demandent régulièrement si nous allons continuer à venir, tant ils craignent que le soutien scolaire soit à nouveau brutalement suspendu comme au printemps et que cela les prive de leur petite routine. J'essaie de les rassurer, mais je ne sais pas moi-même ce que l'avenir nous réserve.

J'ai aimé l'immense solidarité qui est apparue au début de la crise, elle était vraiment palpable. Les gens se sont rapprochés. J'espère que nous nous en souviendrons lorsque ça ira mieux, car pour beaucoup de personnes, les conséquences de la pandémie n'ont pas fini de se faire sentir.

Un des aspects essentiels à mes yeux, c'est de rassurer les gens, encore plus que d'habitude

Cornelia Anderegg, responsable de l'Assistance médicale pour les sans-papiers au Siège de la CRS, raconte combien son travail a changé pendant la crise du Covid-19.

La pandémie a eu des impacts très divers sur notre travail dans le cadre de l'Assistance médicale pour les sans-papiers. Au niveau des patientes et des patients, évidemment, mais aussi des conditions d'exercice de notre activité.

Les sans-papiers constituent un groupe extrêmement vulnérable. Ils ont été les premiers touchés par la crise. Ils ont perdu leurs emplois et étaient encore plus démunis qu'auparavant.

Sans compter qu'en cas de suspicion de contamination, ils ne pouvaient pas se faire tester comme tout le monde. Cela a suscité de nombreuses questions, auxquelles il a fallu répondre au cas par cas.

Au début, il était difficile d'assurer un accueil sans rendez-vous. Parfois, on fonctionnait un peu comme une hotline! C'était compliqué, car, d'une part, le cadre n'était pas toujours clair et, d'autre part, nous n'avions pas forcément reçu le matériel de protection et de dépistage. Mais c'était partout pareil, nous n'étions pas les seuls. Après le semi-confinement, notre structure a été littéralement prise d'assaut. De nombreux sans-papiers sont venus nous voir pour des problèmes dont ils auraient dû nous parler bien plus tôt. Dans le domaine des soins dentaires, en particulier, nous avons fait face à quelques cas d'urgence qui résultaient à l'évidence des restrictions dues à la pandémie.

Et puis nous nous sommes interrogés sur les conditions de prise en charge: fallait-il travailler avec des masques? En donner aux gens? Pour ne citer que ces deux exemples. Nous avons toutes sortes de problèmes à résoudre pour pouvoir poursuivre notre activité. Sur le plan médical, nous avons fait – autant que possible – notre travail. Mais bien sûr, nous avons dû reporter de nombreux examens spécialisés, car les services auxquels nous adressons les sans-papiers pour cela étaient surchargés à cause de la pandémie. Il y a donc eu beaucoup de retard à rattraper par la suite. Nous disposons aussi d'un crédit Covid-19 spécifique qui nous a permis d'aider nos patientes et nos patients à payer la caisse maladie. Pour le reste, nous essayons simplement de distribuer des masques et du désinfectant et nous finançons de nombreux tests.¹

Un des défis a été de gérer l'inquiétude générale et d'offrir en quelque sorte un point d'appui à notre patientèle. Et d'être sans cesse en train de nous dire, faisons comme cela, c'est ce qui semble le mieux. Nous avons aussi été confrontés à une difficulté particulière liée au fait de travailler avec des médecins bénévoles. Beaucoup ont plus de 65 ans et font donc partie du groupe à risque. Au printemps 2020, cela nous a posé un énorme problème, parce qu'ils sont soudain tous restés chez eux! Au début, nous ne savions pas du tout quoi faire – ou ne pas faire – à ce sujet. Nous avons dû nous adapter et nous avons fait en sorte que les médecins de plus de 65 ans puissent venir quand même, en acceptant de s'exposer au risque. Cela nous a obligés à beaucoup renforcer l'accompagnement des bénévoles.

Il est certain que notre longue expérience dans le domaine de la santé nous a été utile. Elle nous a permis d'apaiser bien des situations et de garder nous-mêmes notre calme. Ce qui nous a aidés aussi, c'est la collaboration de qualité établie de longue date avec des partenaires de notre réseau, comme les hôpitaux, par exemple dans le cadre du dépistage.

¹ Cet entretien a été réalisé en décembre 2020. En Suisse, les tests étaient alors à la charge des personnes concernées, sauf si celles-ci présentaient des symptômes du Covid-19. Aujourd'hui, tant les tests que la vaccination sont gratuits, y compris pour les sans-papiers. (été 2021)

A propos des patientes et des patients, on voit en ce moment qu'ils attendent encore plus de conseil et de soutien qu'en temps normal. C'est une aide que nous leur apportons de toute façon, mais, avec la pandémie, il faut répondre à une infinité de questions et trouver toutes sortes de solutions pour gérer les situations difficiles. Un des aspects essentiels à mes yeux, c'est de rassurer les gens, encore plus que d'habitude. Globalement, la pandémie nous a montré qu'en période de crise, les sans-papiers ont plus que jamais besoin de nous: ils viennent nous voir avec des factures à régler, des rappels ou des commandements de payer que, pour des raisons le plus souvent linguistiques, ils ne comprennent pas.

Et puis nous sommes régulièrement confrontés à des symptômes complexes, qui parfois privent les personnes concernées de leur emploi et, par là même, de leurs moyens de subsistance. Dans le contexte de la pandémie, il est fréquent que la situation des sans-papiers s'aggrave au point de leur ôter toute perspective. C'est là que notre offre médicale de base atteint ses limites, car, en pareil cas, les patientes et les patients auraient besoin d'une aide bien plus globale.

Répercussions de la pandémie de Covid-19 sur la santé psychique

Introduction

Dans sa majorité, la population suisse a bien surmonté la première phase de la crise sanitaire. La santé psychique de certains groupes a toutefois pâti de la pandémie. Cette crise semble renforcer des inégalités et difficultés préexistantes. Ainsi, celles et ceux qui souffraient déjà de troubles psychiques, les enfants et les jeunes, les personnes défavorisées, à risque accru d'exposition et d'infection, ou en proie à la solitude et à l'isolement social ont été durement éprouvés. Lorsque les ressources personnelles et les facteurs de protection nécessaires pour faire face font défaut ou que la conjoncture empêche le recours aux stratégies habituelles de gestion du stress, des souffrances psychologiques peuvent apparaître. C'est ce que révèlent des résultats d'une étude synoptique relative à l'influence de la première vague de Covid-19 sur la santé psychique.

La santé psychique en temps de crise

La santé psychique n'est pas un état, mais la résultante d'interactions dynamiques variées entre les ressources et les contraintes. Elle dépend à la fois de l'intensité et de la fréquence des contraintes, ou stresseurs (facteurs de stress), et des ressources (facteurs de protection) dont on dispose pour affronter les situations stressantes (Blaser et Amstad, 2016). La pandémie de Covid-19 est susceptible de rompre l'équilibre entre ressources et stresseurs, et d'induire des souffrances psychologiques ou d'exacerber des troubles préexistants. Les craintes et les tracasseries qu'elle génère, mais aussi les mesures prises par les autorités pour l'enrayer, peuvent encore amplifier les facteurs de vulnérabilité sociale et les préoccupations du quotidien – soucis financiers, chômage, solitude ou encore conflits familiaux. En même temps, les stratégies éprouvées de gestion du stress, comme voir ses amis, faire du sport ou s'adonner à des loisirs, deviennent compliquées à mettre en œuvre, ouvrant la voie à des stratégies de coping erronées, notamment la consommation d'alcool. Certains aspects de la crise sanitaire peuvent néanmoins être vécus positivement et venir consolider les facteurs de protection de la santé psychique, par exemple la diminution de la charge de travail, le resserrement des liens sociaux ou le sentiment de gratitude. Les manifestations des tensions et du stress (anxiété, épuisement, humeur maussade, troubles du sommeil, agressivité, etc.) sont aussi l'expression d'une réaction émotionnelle naturelle à une situation perçue comme difficile à gérer. Lorsque la sollicitation est permanente et qu'une réponse de stress chronique s'installe, il y a cependant un risque accru de symptômes psychiques cliniquement significatifs (Benoy, 2020; Wolff et Walter, 2020; Holmes et al., 2020).

Une étude commandée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) examine les conséquences de la pandémie de Covid-19 sur la santé psychique de la population suisse et la disponibilité des soins psychiatriques et psychothérapeutiques pendant la crise. Les observations qui suivent reposent sur le premier rapport intermédiaire, qui reflète l'état de la recherche en octobre 2020 et rend donc principalement compte des répercussions de la première vague (Stocker et al., 2020). Le retentissement psychique de la crise dans sa durée est en cours d'évaluation; certains éléments suggèrent qu'il faut s'attendre à une charge psychique encore plus lourde (de Quervain et al., 2020b).

Les enseignements tirés de précédentes pandémies et les premiers résultats des études sur la pandémie de Covid-19 montrent qu'il n'y a pas de schéma unique de réaction psychique à la crise. Si certaines personnes ont connu une forte augmentation des symptômes de stress psychique, ce sont pour d'autres des changements émotionnels positifs en lien avec le premier semi-confinement, au printemps 2020. D'autres encore n'ont noté aucune différence en ce qui concerne leur niveau de stress, leur santé psychique ou leur qualité de vie générale. Dans sa majorité, la population suisse semble avoir bien fait face aux premiers mois de crise. La pression et les maladies psychiques sont toutefois inégalement réparties: elles affectent plus particulièrement certains groupes. La crise sanitaire agit en l'occurrence comme un révélateur ou un «catalyseur» qui vient renforcer des inégalités et des difficultés préexistantes.

Cette synthèse aborde, d'une manière générale, les facteurs de risque et de protection de la santé psychique pendant la pandémie, avant de se concentrer sur les vulnérabilités et ressources spécifiques de trois catégories de la population: le personnel de santé, les personnes en situation de précarité socioéconomique, ainsi que les enfants et les jeunes.

Etat de la recherche: le présent article reflète l'état de la recherche en octobre 2020, présenté dans un premier rapport intermédiaire à l'OFSP (Stocker et al., 2020). Il rend compte des résultats préliminaires d'études empiriques sur la première vague en Suisse ainsi que de travaux de recherche internationaux. Les connaissances s'appuient en grande partie sur les expériences faites dans de précédentes épidémies et situations de crise. Les conséquences à moyen et à long terme de la pandémie et des restrictions mises en place ne sont pas exposées ici.

La rigueur impose de tenir compte, pour l'interprétation des résultats d'études, de certaines limitations liées à la méthodologie:

1. Bon nombre d'études reposent sur un échantillon de convenance, ce qui les rend non représentatives, d'une manière générale, et donc mal adaptées à l'estimation de parts d'une population, p. ex. la part de jeunes ayant des symptômes dépressifs. Cela étant, l'utilisation d'un échantillon de convenance permet tout à fait de vérifier des relations (lien entre divers facteurs de stress et le stress ressenti, p. ex.).
2. L'évaluation des conséquences psychiques de la pandémie exige d'avoir des données sur la santé psychique antérieures à la crise; or la mesure des changements imputables au Covid-19 pose des difficultés spécifiques (fiabilité des données de sondages rétrospectifs, comparabilité avec les résultats d'autres enquêtes, etc.).
3. Les projets de recherche sur le sujet se sont rapidement multipliés depuis le début de la pandémie et ont donné lieu à la publication de preprints sur des serveurs dédiés sans le contrôle qualité de rigueur (évaluation par les pairs).

Facteurs de risque et de protection

Pour identifier les personnes à risque psychique accru, il faut considérer les divers facteurs de vulnérabilité et de protection qui favorisent la survenue d'affections psychiques ou, au contraire, la résilience, pendant cette crise sanitaire.

Facteurs de risque: parmi les facteurs de stress internes mis en exergue dans la littérature internationale pour leur influence prépondérante sur la santé psychique dans le contexte de la pandémie, on compte l'isolement social et la solitude ainsi que les expériences traumatisantes et événements majeurs de la vie survenus pendant la crise, p. ex. des violences domestiques ou la perte d'un proche¹.

Au nombre des facteurs de vulnérabilité externes figurent:

- les facteurs liés à la santé: troubles psychiques préexistants, risque accru d'exposition au virus (catégories professionnelles comme le personnel de santé ou de vente, p. ex.), infection personnelle ou d'un proche au Covid-19;
- les facteurs socioéconomiques et les conséquences des mesures de protection sur l'organisation du quotidien et de la vie en général:

– craintes existentielles (précarité de l'emploi, chômage, pertes de revenu, etc.);

– difficile conciliation du télétravail et de l'enseignement à domicile, notamment pour les familles monoparentales et/ou ayant des enfants de moins de 12 ans;

– suppression des structures de jour dans les programmes d'activité et d'intégration;

– charge psychique pour les proches (aidants) due à la restriction des visites en EMS et à l'hôpital, et à la suspension des services de soutien.

Facteurs de protection: on distingue les ressources internes dont dispose l'individu pour affronter les situations de stress (traits de personnalité comme la stabilité émotionnelle, la confiance en soi ou le sentiment d'auto-efficacité² et stratégies de *coping*) et les ressources externes (autonomie, soutien social), également importantes pour faire face. Ces facteurs exercent aussi leur influence dans cette crise: la pensée positive, la flexibilité psychologique, le soutien (émotionnel) perçu, de la famille, des amis, de l'employeur, etc., contribuent tous à atténuer les soucis, le sentiment de solitude et le stress (Wissmath et al., 2020; Gloster et al., 2020; Ehrler et al., 2020). De même, l'exercice physique, les activités de loisirs et la réalisation de projets personnels sont associés à une moindre augmentation du niveau de stress et d'abattement pendant la pandémie de Covid-19 (de Quervain et al., 2020a). Le télétravail est souvent vécu comme un élément positif parce qu'il confère une plus grande autonomie et permet de gagner du temps sur les déplacements; il peut cependant impliquer des contraintes spécifiques (manque de contact social, problèmes pour tout concilier [Fritschi et Fischer, 2020; Brauchli, 2020]).

Situation de groupes spécifiques de la population

Personnel de santé: les enseignements tirés de précédentes pandémies et les premiers résultats relatifs au Covid-19 montrent que le personnel de santé présente un plus haut degré de troubles anxieux, dépression, épuisement émotionnel, insomnie, burn-out, symptômes de traumatisme psychologique et abus d'alcool (Benoy, 2020; Weilenmann et al., 2021).³ La charge de travail, le manque de repos et les restrictions sociales en lien avec les mesures prises par les autorités font qu'il est plus difficile d'atténuer le stress et les ten-

¹ Les mesures prises pour endiguer la pandémie (interdiction des visites à l'hôpital, restrictions concernant les enterrements) compliquent les rituels d'adieux, pourtant essentiels pour réussir à faire son deuil (Benoy, 2020).

² Conviction subjective de pouvoir exécuter efficacement les actions souhaitées ou résoudre les problèmes grâce à ses propres compétences (voir aussi Blaser et Amstad, 2016, 17)

³ Faute de données comparatives, il est toutefois impossible de déterminer dans quelle mesure cette hausse est imputable à la crise sanitaire.

sions avec des ressources telles que le soutien de l'entourage privé et professionnel. Etant donné l'évolution de la crise et la pression qu'elle continue d'exercer sur les soignants, les experts redoutent une augmentation des séquelles psychiques et des arrêts de travail, ce qui aurait également des conséquences sur la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique (voir aussi NCS-TF, 2020b).

Les études sur la santé psychique du personnel de santé dans le contexte de l'épidémie de SRAS (Brooks et al., 2018) tout comme des projets de recherche suisses sur le Covid-19 (Weilenmann et al., 2021; Spiller et al., 2020) révèlent que le soutien de l'employeur constitue un facteur important, sans lequel le risque de dépression, de troubles anxieux et de symptômes de burn-out croît. Un aspect essentiel de ce soutien est la fourniture par l'employeur de protocoles d'intervention clairs et de matériel de protection contre l'infection en quantité suffisante. Pour prévenir le stress psychique, on recommande en outre la mise en place de mesures pour promouvoir le soutien psychologique et social (par les supérieurs, au sein des équipes) et d'offres de soutien aux collaboratrices et collaborateurs souffrant de troubles psychiques (NCS-TF, 2020b; Benoy, 2020).

Personnes en situation de précarité socioéconomique: un faible statut socioéconomique est toujours considéré comme un facteur de risque pour la santé psychique (Blaser et Amsstad, 2016). On admet par ailleurs que la crise sanitaire peut accentuer des inégalités préexistantes (Huber et al., 2020; Holmes et al., 2020). Les mesures prises pour endiguer la propagation du virus affectent plus particulièrement les catégories de personnes défavorisées puisque celles-ci travaillent souvent dans des secteurs à risque d'exposition et dans des conditions informelles/précaires (Wolff et Walter, 2020; SLR, 2020). Les soucis financiers et les craintes existentielles dues à l'insécurité de l'emploi⁴ ou aux pertes de revenu notamment génèrent une énorme pression et peuvent entraîner des maladies psychiques (Benoy, 2020; Tettamanti et Darwiche, 2020; Brooks et al., 2020). Le Service de lutte contre le racisme part du principe que les personnes issues de la migration sont davantage touchées que la population majoritaire (SLR, 2020).

On dispose encore de très peu de données empiriques relatives à l'impact de la pandémie sur la santé psychique des personnes vivant dans la précarité, entre autres parce qu'on a plus de mal à atteindre celles-ci par les enquêtes auprès de la population. Les premiers résultats obtenus en Suisse confirment toutefois, dans leur majorité, l'importance des facteurs socioéconomiques, comme le niveau d'éducation, le revenu et la situation professionnelle, pour le bien-être psychique. Le Co-

vid-19 Social Monitor pointe ainsi des différences en fonction du niveau d'éducation: les personnes ayant un faible niveau de formation se sont restreintes davantage – ont plus rarement quitté le domicile – et ont fait moins d'activité physique pendant le confinement. On note que le sentiment de solitude était également plus fréquent dans ce groupe (Höglinger, 2020).⁵ Une enquête supplémentaire du Panel suisse de ménages (PSM) révèle, pour sa part, que les classes sociales instruites et aisées ont plutôt éprouvé un recul du stress du fait de la pandémie – le chômage et une dégradation de la situation financière s'accompagnaient au contraire d'une diminution de la satisfaction dans la vie (Kuhn et al., 2020).

Pour ce qui est des dimensions sociales de la crise sanitaire, les inégalités de départ découlant des caractéristiques du lieu de vie sont plusieurs fois évoquées (SLR, 2020, p. ex.). Le télétravail et l'enseignement à domicile sont en principe plus faciles à organiser lorsqu'on dispose de la place nécessaire. L'exiguïté favorise non seulement la contamination, mais aussi la détérioration du climat familial et l'exacerbation du stress psychique, voire de la violence domestique (Tettamanti et Darwiche, 2020; Kruger et Caviezel Schmitz, 2020). Toujours est-il que les résultats empiriques relatifs à l'importance des conditions de logement pour la santé psychique pendant la pandémie ne sont pas concluants. Selon l'enquête *Leben zu Corona-Zeiten*, c'est surtout la possession d'espaces extérieurs (jardin, terrasse ou balcon) qui a eu un effet positif sur le climat familial, avec moins de tensions, de conflits et de violence (Kruger et Caviezel Schmitz, 2020). Dans la *Swiss Corona Stress Study* (de Quervain et al., 2020a) et les analyses du PSM (Kuhn et al., 2020), les caractéristiques du lieu de vie n'étaient pas déterminantes.

Une enquête auprès de bénéficiaires de l'aide sociale (Steger, 2021) avait pour objet de relever les indicateurs et les facteurs qui influent sur leur bien-être pendant la pandémie. Elle révèle que, chez les personnes touchées par la pauvreté aussi, les répercussions de la crise sanitaire sont variables (dégradation du bien-être liée à la crise pour un bon tiers des sondés, et amélioration pour environ 15%). Le bilan souligne le rôle primordial de l'auto-efficacité comme facteur de protection interne pendant la pandémie. L'autonomie et l'intégration sociale réduisent également l'impact sur le bien-être.

Enfants et jeunes: si les enfants et les jeunes sont considérés comme un groupe à risque psychique dans le contexte du Covid-19, c'est parce qu'ils traversent une phase de la vie très délicate et marquante du point de vue de la psychologie du développement. Outre les effets psychiques directs habituels de la pandémie (peur, frustration, stress, etc.), on re-

4 Pour les personnes migrantes ressortissantes d'un pays tiers, à l'insécurité de l'emploi s'ajoute la crainte de perdre son autorisation de séjour, souvent conditionnée par la possession d'un contrat de travail (SLR, 2020).

5 L'étude de de Quervain et al. (Swiss Corona Stress Study, 2020a), en revanche, n'a pas mis en évidence de relation entre niveau de formation et changements dans la perception du stress ou symptômes dépressifs liés à la pandémie. A l'échelle internationale aussi, le bilan des travaux de recherche est nuancé (Brooks et al., 2020).

doute dans cette tranche d'âge des répercussions à moyen et à long terme. Le bouleversement des interactions sociales et la limitation des contacts devraient avoir un retentissement plus profond et durable chez eux en termes de relations et d'attachement que chez les adultes, dont le mode de comportement est déjà consolidé (Benoy, 2020; NCS-TF, 2020a; Stadler, 2020). Des travaux de recherche empiriques confirment la vulnérabilité particulière des jeunes gens: la crise sanitaire plonge les enfants et les adolescents dans une plus grande détresse psychologique que leurs aînés (de Quervain et al., 2020a; Moser et al., 2020; Wissmath et al., 2020; Kruger et Caviezel Schmitz, 2020). Les mesures prises pour enrayer la propagation du virus, surtout la restriction des contacts sociaux, semblent globalement affecter davantage les jeunes générations.

Comme dans la population générale, il n'existe pas de schéma unique de réaction chez les enfants et les jeunes. Alors que certains présentent un niveau accru de stress et d'anxiété, davantage de problèmes émotionnels ou de difficultés de concentration, c'est plutôt l'inverse chez d'autres, qui ont ressenti une amélioration du bien-être avec le confinement et la fermeture des écoles (moins de stress scolaire, de pression de groupe, de morosité et plus de temps pour soi [voir p. ex. Stoecklin et Richner, 2020; Werling et al., en cours d'évaluation]). On observe également des effets positifs inattendus du confinement: réduction de la consommation d'alcool et de drogue entre jeunes, diminution du cyberharcèlement, etc. (cf. Baier et Kamenoswki, 2020). La limitation des contacts avec les pairs, qui jouent un rôle décisif à cet âge, constitue toutefois un facteur de stress majeur pour les jeunes, comme le prouvent les demandes de conseils sur les plateformes de Pro Juventute (Stocker et al., 2020, 35).

La situation familiale a une forte influence sur leur santé psychique. Les enfants et les jeunes issus de familles défavorisées ou en difficulté (familles monoparentales, ayant peu de ressources financières ou frappées par le chômage) semblent plus touchés par les conséquences négatives de la pandémie. Néanmoins, le bien-être et la résilience au stress des parents⁶ sont également décisifs – ainsi que la capacité à offrir à leurs enfants, en toute circonstance, la sécurité et l'orientation nécessaires, et à leur montrer des stratégies appropriées de régulation émotionnelle (Stadler, 2020). A noter que la résilience au stress des parents est étroitement liée au soutien de l'entourage privé ou du voisinage tout comme à la flexibilité de l'employeur (horaires de travail). La possibilité de passer du temps à l'air libre, enfin, est considérée comme primordiale pour le bien-être et le climat familial (Lannen et al., 2020). Bien surmonter la crise implique, pour les enfants et les jeunes, de voir les aspects positifs de la pandémie et d'entretenir des contacts avec la famille, les amis et d'autres personnes de référence (Jenkel et al., 2020).

Moyens d'action

Pour promouvoir la santé psychique de la population et parer aux conséquences négatives de la pandémie, il faut des mesures de détection et d'intervention précoces et des mesures de soutien pour les personnes fragilisées ou atteintes de maladies psychiques et, au-delà, des mesures contre le chômage ainsi que des aides financières destinées à compenser en partie le manque à gagner. Ces dernières sont indispensables pour assurer tant la subsistance que le bien-être psychique. En effet, l'insécurité financière et la perte d'emploi (effective ou redoutée) sont des facteurs de stress majeurs qui affectent la santé psychique à moyen et à long terme. Dans ce contexte, il est essentiel d'éviter que les inégalités socioéconomiques ne se creusent encore avec la crise et de lutter contre la pauvreté en général (Campion et al., 2020).

En vue de réduire les risques pour la santé mentale, les autorités devraient systématiquement tenir compte des facteurs de stress et de protection généraux dans la gestion de crise et l'élaboration des mesures de sécurité. Le besoin d'autonomie, de contacts sociaux et d'activités en plein air est déterminant à cet égard. Lorsque des restrictions s'avèrent nécessaires pour préserver la santé physique, elles doivent être justifiées et communiquées de manière compréhensible.⁷ Selon les spécialistes, il est capital que les autorités montrent, dans le cadre de leur stratégie de communication, qu'elles prennent au sérieux et cherchent à prévenir non seulement les risques d'infection et de maladie, mais aussi les conséquences sociales et psychologiques des mesures décrétées. La communication de crise, en plus d'informer sur les offres de soutien, doit rappeler ce qu'il reste possible de faire malgré les restrictions et qui est important pour le bien-être, comme avoir des occupations enrichissantes, faire des projets, entretenir des contacts et prendre l'air.

Afin d'atténuer le stress psychique lié à la crise sanitaire, il y a lieu de renforcer le soutien social (en tant que facteur de protection prédominant) et de prévenir l'isolement et la solitude (en tant que facteurs de risque prédominants). Les acteurs de la société civile notamment peuvent apporter beaucoup, p. ex. soutenir celles et ceux qui vivent seuls, offrir de l'aide spontanée pour garder les enfants ou s'occuper de proches, rester en contact avec les personnes en quarantaine ou en isolement.

Concernant les mesures de détection et d'intervention précoces et les mesures de soutien aux personnes fragilisées ou atteintes de maladies psychiques, l'un des objectifs est de promouvoir l'accès à bas seuil à des consultations psychosociales par différents canaux et en différentes langues. Il s'agit en outre de combler les lacunes de la prise en charge, déjà difficile avant la crise du Covid-19, parfois, et encore

6 Les spécialistes supposent l'existence d'une corrélation entre les problèmes de comportement (attribuables à la crise sanitaire) des enfants et le niveau de stress des personnes qui s'occupent d'eux (Caviezel Schmitz et Kruger, 2020).

7 Comme constaté lors de précédentes pandémies, la diffusion d'informations crédibles et compréhensibles ainsi que l'instauration d'une communication de crise claire sont des facteurs clés dans la prévention du stress et de l'inquiétude (Brooks et al., 2020).

plus aujourd’hui, semble-t-il, en particulier en pédopsychiatrie (NCS-TF, 2021). Il est concevable de réduire les obstacles à l’accès et les lacunes en garantissant le financement des consultations de télémédecine et des services intermédiaires (cliniques de jour, équipes mobiles) et en développant l’offre numérique. En l’occurrence, il faut veiller à ce que la possibilité d’être traité reste garantie à celles et ceux qui n’ont ni connexion Internet ni smartphone, p. ex. aux personnes âgées ou marginalisées.

Bibliographie

- Baier, D., & Kamenowski, M. (2020). *Wie erlebten Jugendliche den Corona-Lockdown? Ergebnisse einer Befragung im Kanton Zürich*. Zurich: ZHAW.
- Benoy, C. (2020). Psychologische Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der einhergehenden Massnahmen – ein Überblick. In: Benoy, C. (édit.), *COVID-19. Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche* (pp. 23–34). Stuttgart: Kohlhammer.
- Blaser, M., & Amstad, F. (édit.). (2016). *La santé psychique au cours de la vie. Rapport de base*. Promotion Santé Suisse, Rapport 6. Berne, Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Brauchli, R. (6 mai 2020). *Erwerbstätige fühlen sich trotz Unsicherheit zufrieden in der Krise*. [Medienmitteilung]. Consulté sur: <https://www.media.uzh.ch/de/medienmitteilungen/2020/Covid19-Arbeit.html>
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2018). A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(3), 248–257.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenburg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920.
- Campion, J., Javed, A., Sartorius, N., & Marmot, M. (2020). Addressing the public mental health challenge of COVID-19. *Lancet Psychiatry*, 7(8), 657–659.
- Caviezel Schmitz, S., & Krüger, P. (2020). *Kinderleben zu Corona-Zeiten. Erste Befunde zum Befinden und Verhalten von Kindern in der (deutschsprachigen) Schweiz während der Pandemie*. Lucerne: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- de Quervain, D., Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coynel, D., Gerhards, C., ..., & Zuber, P. (2020a). *The Swiss Corona Stress Study*. OSF Preprints. Consulté sur: <https://doi.org/10.31219/osf.io/jqw6a>
- de Quervain, D., Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coynel, D., Freytag, V., ..., & Zuber, P. (2020b). *The Swiss Corona Stress Study: second pandemic wave, November 2020*. OSF Preprints. Consulté sur: <https://doi.org/10.31219/osf.io/6cseh>
- Ehrler, F., Monsch, G.-A., & Steinmetz, S. (2020). *Bien-être et inquiétudes pendant le confinement. Enquête FORS Covid-19, fiche d’information n°1*. Lausanne: FORS.
- Fritschi, T., & Fischer, G. (18 août 2020). *Arbeitsbedingungen in der Corona-Krise. Spezialbefragung zum Barometer Gute Arbeit*. Berne: BFH/Travail.Suisse. Consulté sur: <https://www.travailsuisse.ch/de/media/1428/download>
- Gloster, A. T., Lamniso, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., ..., & Karekla, M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLoS ONE*, 15(12), e0244809.
- Höglinger, M. (2020). *Analysen COVID-19 Social Monitor. Spezial-Auswertungen psychische Gesundheit Büro BASS* [non publié]. Zurich: ZHAW.
- Holmes, E. A., O’Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ..., & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560.
- Huber, S. G., Günther, P. S., Schneider, N., Helm, C., Schwander, M., Schneider, J. A., & Pruitt, J. (2020). *COVID-19 – aktuelle Herausforderungen in Schule und Bildung. Erste Befunde des Schul-Barometers in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Münster: Waxmann.

- Jenkel, N., Güneş, S. C., & Schmid, M. (2020). Die Corona-Krise aus der Perspektive von jungen Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe (CorSJH). Erste Ergebnisse. Bâle & Zurich: UPKKJ und Integras.
- Krüger, P., & Caviezel Schmitz, S. (2020). «Leben zu Corona-Zeiten». Erste ausgewählte Ergebnisse zu innerfamiliären Konflikten und Gewalt während der COVID-19-Pandemie in der Schweiz (Kurzbericht). Lucerne: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Kuhn, U., Klaas, H. S., Antal, E., Dasoki, N., Lebert, F., Lipps, O., ..., & Voorpostel, M. (2020). Who is most affected by the Corona crisis? An analysis of changes in stress and well-being in Switzerland. *European Societies*, 23 (supplement 1), S942–S956.
- Lannen, P., Sticca, F., & Simoni, H. (2020). Kleinkinder und ihre Eltern während der Covid-19 Pandemie. *MMI Evidence Brief 3/2020*. Zurich: Marie Meierhofer Institut für das Kind.
- Moser, A., Carlander, M., Wieser, S., Hämmig, O., Heiniger, S., Puhan, M. A., ..., & Höglinger, M. (22 septembre 2020). The Covid-19 Social Monitor – monitoring the Social and Public Health Impact of the Pandemic [Presentation]. Zurich: ETH Risk Center Seminar Series.
- National COVID-19 Science Task Force NCS-TF (14 juin 2020a). Les effets psychologiques du confinement et du déconfinement [Policy Brief]. Consulté sur: <https://scienctaskforce.ch/fr/policy-brief/les-effets-psychologiques-du-confinement-et-du-deconfinement/>
- National COVID-19 Science Task Force NCS-TF (15 juin 2020b). Protéger la santé physique et mentale du personnel soignant [Policy Brief]. Consulté sur: <https://scienctaskforce.ch/fr/policy-brief/protoger-la-sante-physique-et-mentale-du-personnel-soignant/>
- National COVID-19 Science Task Force NCS-TF (20 janvier 2021). L'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale en Suisse [Policy Brief]. Consulté sur: <https://scienctaskforce.ch/fr/policy-brief/limpact-de-la-pandemie-de-covid-19-sur-la-sante-mentale-en-suisse/>
- Service de lutte contre le racisme (SLR) (août 2020). Cas potentiels de discrimination en lien avec le coronavirus. Berne: Secrétariat général DFI.
- Spiller, T. R., Méan, M., Ernst, J., Sazpinar, O., Gehrke, S., Paolercio, F., ..., & Weilenmann, S. (2020). Development of health care workers' mental health during the SARS-CoV-2 pandemic in Switzerland: two cross-sectional studies. *Psychological Medicine*, 13 août, 1–4.
- Stadler, C. (2020). Die COVID-19-Krise als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung. In: Benoy, C. (édit.), COVID-19. Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche (pp. 102–111). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steger, S. R. (2021). Wohlbefinden von Sozialhilfebeziehenden während der Covid-19-Pandemie [unveröffentlicht]. Consulté sur: <http://dx.doi.org/10.24451/arbor.14271>
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & Künzi, K. (2020). L'influence de la pandémie de COVID-19 sur la santé psychique de la population et sur les soins psychiatriques et psychothérapeutiques en Suisse. Premier rapport intermédiaire. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Stoecklin, D., & Richner, L. (2020). Le vécu des enfants et adolescents de 11 à 17 ans en Suisse romande par rapport au COVID-19 et aux mesures associées (semi-confinement). Enquête exploratoire. Genève: Université de Genève.
- Tettamanti, M., & Darwiche, J. (juillet 2020). Vulnérabilité familiale en période de confinement. Quelles pistes de résilience? [Policy Brief]. LIVES Impact, Special Issue N° 2. Consulté sur: <https://www.centre-lives.ch/fr/impact>
- Weilenmann, S., Ernst, J., Petry, H., Pfaltz, M. C., Sazpinar, O., Gehrke, S., ..., & Spiller, T. R. (2021). Health care workers' mental health during the first weeks of the SARS-CoV-2 pandemic in Switzerland – A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 12 (March 18), 594340.
- Werling, A., Walitza, S., & Drechsler, R. (en cours d'évaluation): Coronakrise, Psyche und Mediengebrauch: Online-Befragung von Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Universität Zürich und deren Eltern zu ihrer Situation vor, während und nach dem Lockdown.
- Wissmath, B., Mast, F. W., Kraus, F., & Weibel, D. (2020). Understanding the psychological impact of the COVID-19 pandemic and containment measures: an empirical model of stress. medRxiv preprint. Consulté sur: <https://doi.org/10.1101/2020.05.13.20100313>
- Wolff, K., & Walter, M. (2020). Psychiatrie in Katastrophenzeiten – Notfallprävention und Gesundheitsförderung. In: Benoy, C. (édit.), COVID-19. Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche (pp. 35–48). Stuttgart: Kohlhammer.

Survivre à la guerre et à la pandémie avec une dystrophie musculaire

Je m'appelle Nada Stuhli et je suis née à Doboj en 1952, une région de la république Srpska. Mon prénom, Nada, évoque la croyance en l'évolution favorable des événements et des circonstances de la vie. J'ai eu une enfance heureuse au sein d'une grande famille. A 22 ans, jeune et jolie, j'ai épousé un homme charmant. Quelque temps plus tard, en janvier 1975, j'ai donné naissance à une belle petite fille en bonne santé. L'avenir me souriait et je profitais de chaque moment.

Alors que ma fille avait tout juste un an, j'ai commencé à éprouver des sensations étranges et à avoir des difficultés à marcher. Tout au fond de moi, je me suis mise à paniquer. Après de multiples examens médicaux, on m'a finalement diagnostiqué une dystrophie musculaire qui s'est aggravée au cours des quatre ans qui ont suivi. A l'âge de 28 ans, je n'arrivais presque plus à monter les escaliers. J'ai dû renoncer à travailler.

Mes ennuis de santé ont affecté ma vie conjugale. Du jour au lendemain, je me suis trouvée seule à lutter contre ma maladie, privée du soutien d'un mari que j'aimais. Et parallèlement à cette tragédie personnelle, mon pays, la Yougoslavie à l'époque, a commencé à se désintégrer. J'entendais avec déchirement les bombes tomber sur ma ville, jour après jour. Je vivais avec ma fille et ma maladie, sans eau courante ni électricité. Je pensais que la guerre était la période la plus pénible à vivre, mais une fois la paix revenue, j'ai dû affronter des problèmes financiers. Je savais que je devais changer des choses dans ma vie, et je me suis dit: «Nos batailles individuelles se sont soldées par des échecs, mais nous pourrions accomplir tant de choses si nous joignons nos forces.» C'est ainsi que j'ai fondé une association régionale pour les personnes atteintes de dystrophie musculaire. Peu à peu, le quotidien s'est amélioré pour ma fille et moi.

Aujourd'hui, je vis seule dans mon appartement. J'ai retrouvé une qualité de vie bien meilleure depuis que je bénéficie des prestations d'aide et de soins à domicile de la Croix-Rouge de Doboj. Ce service d'assistance aux personnes âgées et dépendantes est sans équivalent dans notre ville. Le personnel est très investi, bien formé et hautement professionnel. Ce service doit être développé et pérennisé. Il permet aux personnes fragilisées par l'âge et la maladie de continuer à vivre dignement et je suis heureuse d'y avoir accès.

La pandémie a été un choc pour tout le monde, surtout pour celles et ceux d'entre nous qui ont atteint un âge avancé ou vivent avec un handicap, et qui sont tributaires d'une aide extérieure pour les actes de la vie quotidienne. Pour ma part, ce que je redoutais le plus durant les restrictions était que la Croix-Rouge soit contrainte de suspendre ses services.

La dame qui assurait mes soins d'hygiène personnelle en soirée a téléphoné pour annuler ses visites. Par bonheur, l'équipe du matin de la Croix-Rouge a pu continuer ses tournées. Ma fille vit près d'ici, mais l'obtention d'un laissez-passer pour qu'elle me rende visite durant le couvre-feu n'a pas été une mince affaire, quand bien même il était manifeste que je ne pouvais pas me passer d'assistance. La police ne délivrait que des laissez-passer journaliers, si bien que chaque jour, il fallait recommencer le parcours du combattant pour renouveler le précieux sésame. Nous avons tiré un enseignement de cette expérience: notre association a demandé que les personnes en situation de handicap soient représentées au sein du comité de gestion de crise.

Durant la pandémie, j'ai aussi observé que le travail accompli par les auxiliaires de santé n'est pas reconnu à sa juste valeur. Les auxiliaires de santé sont exposés au virus tout autant que le personnel médical mais ne sont pas récompensés. C'est une source de démotivation. Eux aussi sont des travailleurs essentiels et devraient être reconnus comme tels dans les situations de crise.

Les défis à relever sont légion. L'une des conséquences de la crise sanitaire est que les personnes continuent de garder leurs distances car elles ont encore peur. Elles auront besoin d'aide pour recréer du lien social.

La décision de se faire ou non vacciner n'est pas facile à prendre. Nous vivons une situation épuisante psychologiquement où nous sommes submergés d'informations. Je ne pensais pas en être très affectée car ma maladie me tient prisonnière dans ma maison depuis sept ans. Mais c'est une toute autre chose quand quelqu'un vous enjoint de ne pas sortir, alors que vous en êtes capable et que vous en avez besoin.

Si j'attrape le Covid-19, je crains de devoir être hospitalisée car la prise en charge à domicile ne sera pas possible. J'aurai peut-être même besoin de soins additionnels compte tenu de mon handicap.

D'un autre côté, la pandémie nous a permis de bénéficier d'un service complet de la part de la Croix-Rouge. La mise en place d'une deuxième tournée quotidienne est à saluer, c'est une excellente décision. Et si je puis me permettre une suggestion, l'idéal serait que les auxiliaires de santé effectuent des visites le week-end.

L'énergie positive émane des personnes positives qui cherchent en permanence à s'améliorer. En tant que personne handicapée, je pense que nous subissons trop souvent la négativité de gens qui passent leur temps à se lamenter. Nous avons besoin d'anges qui nous élèvent. Pour vaincre la mélancolie, je vais lire dans le parc près de l'église: je m'évade alors dans d'autres mondes. Même si la technologie moderne peut avoir des effets délétères et créer des dépendances, elle a de bons côtés car elle me permet d'écouter des livres audio.

Sans être pessimiste, j'ai peur de la crise économique et des conséquences qu'elle aura sur le système de protection sociale. Sera-t-il en mesure de répondre aux besoins? Je crains que les récents progrès accomplis par l'humanité ne soient suivis d'un retour en arrière. Ce qui nous soulagerait vraiment serait d'être dotés de fauteuils roulants électriques et de lits médicalisés. S'ils étaient disponibles, nous trouverions un moyen d'acquitter les frais de transport et les droits de douane.

Nous luttons avec héroïsme, mais pour continuer, nous devons être assurés que nous ne sommes pas seuls!

La solitude est la pire des maladies

Je m'appelle Osianu Ana Grigorevna, j'ai 89 ans et je vis à Horești, dans le district de Fălești, en Moldavie. J'ai enseigné à l'école élémentaire de Horești pendant près de 40 ans. J'ai eu des élèves formidables. Ils étaient intelligents, bien élevés, respectueux. Je jouais avec eux, il n'y avait jamais aucun problème. Ils ne manquaient jamais l'école et écoutaient leurs professeurs. Je ne sais pas comment vous en parler; c'est une évocation très délicate pour une institutrice. J'avais 22 élèves qui avaient tous d'excellentes notes. J'étais fière d'eux et de la manière dont je les aidais à grandir. Ils sont devenus enseignants, médecins, ingénieurs... A peu de choses près, ils ont réussi dans tout ce qu'ils entreprenaient.

A l'époque, la vie était facile, même si nous n'avions pas beaucoup d'argent. L'école, les enfants et les enseignants étaient notre plus grande richesse. Nous ne connaissions pas le stress, accomplissions notre travail avec conscience et recevions notre salaire sans retard. J'ai eu la chance d'avoir un bon mari. J'ai été malade durant de longues années, mais parce que c'était quelqu'un de foncièrement bon, j'ai vécu une vie radieuse. Nous étions tous les deux pauvres – j'ai grandi dans une famille de douze –, mais j'ai eu une belle vie, comment vous l'expliquer?, une vie merveilleuse. Mon mari ne m'a jamais insultée parce que j'étais rentrée tard du travail, que je n'arrivais pas à préparer le souper ou à nourrir nos enfants. Souvent, nous nous couchions la faim au ventre, parce que nous étions sans le sou et n'avions pas assez à manger. Mes parents, qui vivaient dans une autre ville, ne pouvaient pas nous aider. J'ai commencé petitement, en vivant de mon salaire. Mon mari, qui travaillait comme journalier dans une ferme collective soviétique, n'était payé qu'en fin de mois, de sorte que la plupart du temps, nous n'avions que mon salaire pour subvenir à nos besoins. Nous ne nous sommes jamais disputés les fois où l'un de nous touchait sa paie et l'autre non. Les jours où nous avions de quoi manger, nous mangions; si, le lendemain, nous n'avions rien, nous nous contentions de boire de l'eau. Nous vivions au jour le jour, mais le fait de bien s'entendre était le plus important à nos yeux. Aujourd'hui, le monde se focalise sur les problèmes quotidiens. Bien sûr, dans le temps,

nous n'étions pas épargnés. Nous habitions une petite maison de pisé qui avait été bâtie sans fondations; mon mari les a construites plus tard. Mais maintenant que j'ai 89 ans, je dis toujours à la jeune génération que le secret réside dans la compréhension et l'indulgence.

J'ai deux enfants, un garçon et une fille, cinq ou six petits-enfants et huit arrière-petits-enfants. Seule ma fille vit encore dans mon village. Les autres sont partis et ils me manquent.

Mon fils est électricien dans un hôpital de réadaptation à Chișinău, la capitale. Ma petite-fille vit à Baia Mare, en Roumanie, une autre est en France, d'autres encore sont en Italie. Tous affirment qu'ils vont bien et qu'ils sont en bonne santé, mais je me fais du souci pour eux en raison de la pandémie. Ils me manquent, ils sont la prunelle de mes yeux. J'aimerais tous les prendre dans mes bras et les serrer contre moi. Les enfants pensent à moi et me téléphonent de temps à autre, et cela m'aide à aller de l'avant.

Pour ma part, hélas, la peur m'empêche de sortir de chez moi. Je voudrais vivre pleinement, voir mes petits-enfants et arrière-petits-enfants, et tout ce temps passé entre mes quatre murs me pèse terriblement. Je ne peux aller nulle part au-delà du portail, alors je guette ce qui se passe dans la rue. Parfois, je reçois la visite de ma fille. Jusqu'à cette année, je faisais la cuisine, mais maintenant je redoute ce qui pourrait arriver avec la bonbonne de gaz. Vous savez, j'ai bonne mémoire, j'éteins et je débranche tout ce qui peut l'être. Mais j'ai entendu parler d'une explosion qui s'était produite dans un village voisin. Le soir venu, je n'ai pas cuisiné, j'ai simplement mangé ce que j'avais.

Je n'ai pas de voisins. Ceux qui vivaient à côté sont tous morts.

**Il y a bien cette voisine en bas de la rue,
mais étant donné qu'elle travaille
dans le paramédical, j'ai peur de lui
demander de passer, à cause du
coronavirus.**

Et je n'ai personne à qui rendre visite. J'ai peur d'aller voir mon amie. J'espère qu'au moins sa fille sera remise au moment où le vaccin sera disponible. La solitude est difficile à vivre. C'est la pire des maladies. C'est une souffrance que d'être seule et de n'avoir personne avec qui échanger quelques mots. Il m'arrive de parler à mes oiseaux et aux fleurs. Je n'ai nulle part où aller et personne ne vient me voir. Ce dont je suis reconnaissante, c'est de tenir encore debout. J'avais une amie enseignante, qui est décédée depuis. Nous bavardions beaucoup et cela m'aidait à me sentir mieux, mais maintenant, je n'ai plus personne à qui parler. Cette pandémie me plombe la vie. Quand c'est trop difficile, je pense aux autres habitants du village qui vivent seuls comme moi. Que pouvons-nous faire? J'allume de temps en temps la radio qui déverse ses mensonges habituels, et je veille sur moi. J'ai de la peine pour ma fille qui est malade elle aussi. Je prie pour elle et pour sa santé. Que voulez-vous, ainsi va la vie.

Je souhaite remercier tout le monde, les personnes qui prennent encore soin de moi et celles qui me demandent encore comment je me porte! Je viens de recevoir une aide de la commune pour payer ma facture de chauffage et j'en suis reconnaissante. Les personnes âgées ont besoin d'être au chaud. Je vous remercie pour l'aide que vous nous avez apportée. J'ai bien essayé de soulever le colis mais je n'ai pas réussi: il était trop lourd. Il contenait tout ce dont j'avais besoin. Je remercie celles et ceux qui continuent à aider les personnes âgées comme moi. Et vous devez croire ce que je vous raconte de ma vie d'avant: à mon âge, je ne sais même plus mentir.

Renforcer la résilience des familles malgré une vulnérabilité accrue¹

Introduction

La crise pandémique que nous traversons et ses conséquences économiques et sociales augmentent les stress des familles les plus vulnérables. Pour elles, cette situation de stress accru ou cumulé peut détériorer les relations familiales et être un facteur de risque pour l'émergence ou la récurrence de troubles psychiques chez certains de leurs membres. La probabilité d'une hausse des conflits et des violences intrafamiliales est également plus élevée. Les recherches empiriques sur les dynamiques familiales en situation de stress permettent de proposer des pistes pour favoriser la résilience familiale dans ces contextes particuliers.

Dans ce texte, nous passons brièvement en revue les stress majeurs associés à la pandémie touchant les familles les plus vulnérables et pouvant avoir un impact négatif sur leurs dynamiques relationnelles. Des pistes de résilience pour faire face aux stress sont également proposées.

Les facteurs de stress associés à la pandémie pour les familles

La pandémie de coronavirus, ses conséquences et les mesures mises en place pour lutter contre elle représentent des sources de stress importantes auxquelles les familles sont confrontées de manière très inégale (Platt & Warwick, 2020).

Ces stress, partagés par toutes les familles, sont un climat anxigène durable lié aux préoccupations pour la santé, la fragilisation de la situation économique générale, ainsi que les contraintes de mobilité associées à la diminution des contacts sociaux. Pour les familles les plus vulnérables, le cumul de certains de ces facteurs de stress va conduire à une situation de vulnérabilité accrue.

Climat anxigène durable. Tout d'abord, les familles sont soumises à un climat anxigène durable, marqué par des inquiétudes pour la santé de leurs membres, notamment la peur de les infecter (Brooks et al., 2020). Dans certaines situations, ces inquiétudes deviennent réalité, et un proche est effectivement atteint du Covid-19, voire en décède parfois brutalement. Les mesures de distanciation sociale peuvent amplifier ces inquiétudes et diminuer les bénéfices du soutien émotionnel pour calmer l'anxiété, par exemple lorsque

des funérailles ne peuvent être organisées comme souhaité (Walsh, 2020).

Pressions socioéconomiques. Les familles sont soumises à des stress associés aux pressions socioéconomiques et à la crainte de ne pas disposer de ressources suffisantes pour répondre à leurs besoins de base (Brooks et al., 2020). Les études menées dans le monde sur les impacts économiques de la pandémie montrent déjà un appauvrissement, une précarisation de l'emploi et une élévation du chômage, qui touchent plus spécifiquement les familles les plus vulnérables (Sumner et al., 2020). On observe en effet que les stress professionnels de certains membres de la famille tendent à augmenter durant cette période (Brooks et al., 2020). C'est le cas des personnes qui travaillent dans la restauration ou la culture par exemple, des milieux particulièrement impactés par les mesures prises pour lutter contre la pandémie.

Une étude réalisée en Italie durant le confinement indique que la qualité des relations familiales était négativement impactée par le niveau de stress des parents, lui-même largement influencé par les pressions économiques (Spinelli et al., 2020). Ces résultats vont dans le sens d'autres études, réalisées lors de précédentes crises, qui mettent en évidence les conséquences sur la famille des stress associés à une situation économique difficile ou au fait d'être confronté à d'importants désavantages économiques. On relève que le stress économique élevé augmente le risque de détresse émotionnelle des parents (par exemple la dépression et l'anxiété). L'augmentation de la détresse émotionnelle va, à son tour, empêcher une relation conjugale chaleureuse et augmenter le risque de conflit (Massarik & Conger, 2017). Cette situation va alors diminuer les capacités des parents à s'occuper de leurs enfants, ce qui représente un risque pour le bon développement de ces derniers (Massarik & Conger, 2017). Les parents qui sont distraits par leurs problèmes personnels et leur détresse conjugale sont en effet souvent plus irritables, moins affectueux envers leurs enfants et moins impliqués dans les activités quotidiennes de ceux-ci (Massarik & Conger, 2017)².

Restriction de la mobilité et isolement social. Pour les familles dont certains des membres sont confrontés à des périodes de restriction importante dans leur mobilité (par exemple confinement ou quarantaine), les caractéristiques du lieu de vie (à savoir espace réduit, manque de luminosité, d'espaces privés et extérieurs) et du milieu de vie proche comme le voisinage deviennent cruciales et peuvent avoir un

¹ Ce texte est une adaptation et un développement du texte bref «Vulnérabilité familiale en période de confinement: quelles pistes de résilience?» publié par LIVESImpact, special issue N°2, Crise Covid-19, Juillet 2020.

² On soulignera que l'impact négatif de cette source de stress sur les relations familiales est largement dépendant des politiques sociales mises en place dans chaque pays.

impact important sur la santé psychique (Jones-Rounds et al., 2014) et les relations familiales. Ainsi, un espace de logement réduit peut avoir un effet à deux niveaux. Tout d'abord, en favorisant la transmission du virus dans les zones d'habitation les plus défavorisées (De Ridder et al., 2021). Ensuite, en empêchant certains des membres de la famille qui en ressentent le besoin de se retirer dans des espaces de sécurité ou de ressourcement lorsque les relations familiales se tendent. Enfin, des études ont montré que le fait de vivre dans une zone d'habitation défavorisée (violences fréquentes, taux élevé de pauvreté ou de chômage) et de manquer de soutien social peut augmenter le taux de violences familiales (Hardesty & Ogolsky, 2020), majoritairement envers les femmes et les filles, qui sont les plus exposées (Humphrey et al., 2020). La fermeture des écoles a encore accentué l'isolement de ces familles qui vivent dans un voisinage à risque. En particulier, l'école n'a plus joué son rôle de filet de sécurité permettant de détecter les violences parentales à l'égard des enfants (van Gelder et al., 2020).

Ainsi, les différentes mesures de distanciation sociale ont pu contribuer à un isolement des familles (Loades et al., 2020). Cette limitation de l'ouverture du système familial sur le monde extérieur (par exemple réseaux amicaux) a pu accentuer les tensions émotionnelles en offrant moins d'échappatoires quand cela était nécessaire (Peterman et al., 2020). L'isolement social peut ainsi exacerber les vulnérabilités personnelles et collectives tout en limitant les possibilités habituelles de soutien, en particulier dans les situations de violences familiales (van Gelder et al., 2020).

En conclusion de cette partie sur les facteurs de stress associés à la pandémie, nous pouvons souligner que ces différents stress contextuels contribuent à ce que l'on nomme le stress familial (Henry, 2015). Cette expérience des stress ainsi que la manière d'y répondre sont à la fois uniques à chaque famille et communes à d'autres. Elles vont dépendre d'aspects liés aux individus, aux familles, à la communauté et aux systèmes plus larges, ces aspects s'influençant réciproquement (Walsh, 2020). Comprendre quelle est l'expérience d'une famille dans un contexte d'adversité passe dès lors par l'examen de la combinaison des facteurs de stress auxquels elle fait face, de la perception qu'elle en a et des ressources de résilience qu'elle pourrait potentiellement mettre en place (Henry, 2015). Bien sûr, ces ressources de résilience seront plus difficilement mobilisables quand les stress associés à la pandémie touchent des familles qui ont des tensions et des problèmes relationnels préexistants (Walsh, 2020).

On notera enfin que les recherches sur la famille réalisées durant la pandémie indiquent que la quantité de stress auxquels les familles font face est plus importante pour celles dont le statut socioéconomique est précaire (Platt & Warwick, 2020). A cet égard, certaines études ont constaté des inégalités importantes dans la mise en œuvre de l'école à domicile durant le confinement (Bayrakdar & Guveli, 2020).

Certaines familles sont ainsi exposées à des doses de stress importantes, qui représentent une charge émotionnelle et psychique élevée pour leurs membres (Spinelli et al., 2020). De plus, ces mêmes familles sont aussi celles qui sont les plus touchées par le virus et la maladie Covid-19 (De Ridder et al., 2021). Enfin, des différences existent également au sein des membres d'une même famille, les femmes étant plus impactées par certains facteurs de stress. Les mères seules avec enfants sont par exemple surreprésentées dans les familles précarisées; elles sont ainsi susceptibles d'être plus vulnérables et particulièrement touchées par les conséquences socioéconomiques de la pandémie (Mikolai et al., 2020).

Les pistes de résilience familiale

La situation de pandémie sollicite les capacités d'adaptation et de flexibilité des familles. Celles-ci, on l'a vu, ne sont pas égales dans leur expérience du stress, car le nombre et le type de stressseurs (économiques, sociaux et psychologiques) varient selon les familles. De plus, l'expérience même du stress, et donc la résilience familiale, sont également variables: cela dépendra de la perception des stressseurs par la famille, ainsi que des vulnérabilités et des ressources préexistantes (Henry, 2015). Les recherches sur l'évaluation et les interventions auprès des familles permettent de proposer quelques pistes et outils pour favoriser la résilience familiale, définie comme la «capacité du système à résister et rebondir face à l'adversité pour en sortir renforcé et plus ingénieux» (Walsh, 2016, p. 617). Les possibilités de résilience familiale vont dépendre des rapports de la famille aux autres systèmes sociaux, comme le groupe de pairs, les ressources communautaires et le milieu scolaire ou professionnel, qui nourrissent et renforcent la résilience (Walsh, 2016). Bien que certaines familles soient plus vulnérables ou plus éprouvées que d'autres, les familles ont le potentiel de renforcer leur résilience pour surmonter leurs difficultés (Walsh, 2016). Trois pistes peuvent être suivies pour augmenter la résilience: disposer d'un système de croyances partagées, d'une organisation des rôles familiaux et des liens sociaux ainsi que d'une communication de qualité au sein de la famille.

Disposer d'un système de croyances partagées. Un système de croyances partagées permet à une famille de donner du sens à ce qui arrive; ce sens dépendra du contexte socio-culturel d'appartenance de la famille (Henry et al., 2015). La capacité à donner du sens à l'adversité en acceptant et en intégrant les réalités de la crise va être importante pour renforcer la résilience (Walsh, 2016). Pour ce faire, un certain niveau de cohésion familiale est nécessaire (Prime et al., 2020). Ainsi, la possibilité de faire sens ensemble des événements peut servir à donner force et espoir pour affronter les pertes et l'adversité (Prime et al., 2020). Considérer en famille que l'ap-

plication des gestes barrières et des restrictions en matière de contacts sociaux permet de soutenir le système de soins et protéger les plus vulnérables est un exemple de partage d'une croyance. La pandémie incite les familles à intégrer ces nouvelles expériences à leur système de croyances. Ceci est important, car on sait que le fait de disposer de croyances familiales favorise l'adaptation socioémotionnelle des enfants (Prime et al., 2020).

Maintenir une organisation des rôles familiaux et des liens sociaux. Une des tâches centrales des parents est de maintenir, voire de rétablir, une certaine stabilité lors de cette période de changements par la mise en place de routines, rituels et règles familiales qui permettent de donner un sens et un sentiment de bien-être (Walsh, 2016). Les rituels et les routines ont en effet été identifiés comme des aspects centraux de résilience familiale lors de stress (Prime et al., 2020). Par exemple, il a été prouvé que la mise en place de rituels faisant sens pour chacun améliorerait le bien-être des familles confrontées à la maladie de l'un des leurs. Cela s'explique par le fait que partager ces rituels renforce le sentiment de cohésion familiale ainsi que l'espoir dans l'avenir (Prime et al., 2020). L'organisation mise en place contribue également au maintien d'une stabilité, qui aide en particulier les enfants à réguler leurs émotions (Prime et al., 2020). Les études soulignent également toute la flexibilité d'adaptation nécessaire selon l'évolution de la situation et des besoins de chaque membre de la famille. Par exemple en mettant en place une réunion familiale hebdomadaire afin d'ajuster les règles familiales durant la période de confinement. L'adaptation de l'organisation familiale à la nouvelle situation dépendra largement du contexte de stress ou de stabilité financière et économique dans lequel se trouve la famille (Walsh, 2020). En comparaison avec les constellations familiales de monoparentalité, les situations économiques familiales où deux des membres ont un revenu sont plus propices à la résilience (Platt & Warwick, 2020). Ici aussi, une certaine cohésion familiale est importante: par exemple, un fort soutien conjugal réduit l'association entre pression économique et détresse émotionnelle de chacun. En outre, la capacité à résoudre les difficultés conjugales protège la relation entre les partenaires (Masarik & Conger, 2017).

Les ressources communautaires et les liens sociaux sont par ailleurs essentiels à la résilience des familles (Walsh, 2020). Le fait de disposer de relations sociales de qualité au sein de sa communauté semble jouer un rôle protecteur vis-à-vis du stress (Marmot, 2015). De plus, l'existence de liens sociaux est fondamentale pour la capacité de résilience et la santé psychique (Zammit et al., 2010). Par exemple, il est ressorti d'une étude menée en Suède qu'un environnement marqué par la cohésion sociale limitait le risque d'apparition de troubles psychiques sévères tels que les troubles psychotiques (Zammit et al., 2010).

Faire l'expérience d'une communication de qualité au sein de la famille. Une communication de qualité favorise la régulation du climat émotionnel au sein de la famille et la capacité à résoudre les problèmes de manière collaborative. En ce sens, les parents ont un rôle de co-régulateurs des émotions de leurs enfants (Spinelli et al., 2020), mais également de facilitateurs d'un partage émotionnel ouvert, que ce soit au sujet d'aspects douloureux ou positifs de la situation (Walsh, 2016). Dans les cas où cette régulation est rendue difficile, les parents gagnent à chercher du soutien à l'extérieur (famille élargie ou amis) ou auprès de professionnels. Pouvoir s'appuyer sur d'autres intervenants peut permettre de restaurer les capacités de régulation émotionnelle (Humphrey et al., 2020). Parmi les outils de résilience permettant l'exploration et un éventuel changement dans la manière de communiquer en famille, on relèvera l'intérêt de la carte émotionnelle de la famille (Sallay et al., 2019; Tettamanti & Darwiche, 2020), qui peut être utilisée aussi bien dans la recherche sur la famille que dans la clinique. Sur le plan pratique, le climat émotionnel d'une famille est investigué en demandant à chaque membre de dessiner schématiquement son logement, d'indiquer les différentes pièces et d'y associer des émotions. Cet outil s'est révélé très utile dans nos pratiques cliniques, en particulier durant les périodes de confinement. Il repose sur l'idée que le cadre de vie peut être utilisé comme une manière de réguler les émotions des différents membres de la famille (Sallay et al., 2019).

Conclusion

Les familles les plus vulnérables sont également susceptibles d'être les plus touchées par les effets de la crise du Covid-19. Des pistes de résilience sont possibles par la mobilisation des ressources familiales. Cependant, dans la perspective écologique des recherches évoquées dans ce texte, le système familial est vu comme étant imbriqué dans les autres systèmes sociaux, tels que les groupes de pairs, la communauté ou les dispositifs de l'école et du travail. Ces contextes peuvent être considérés comme des portes d'entrée possibles et complémentaires si l'on souhaite favoriser la résilience des familles vulnérables. Dans cette perspective, il ne suffit ainsi pas d'améliorer la résilience des familles les plus vulnérables par la mobilisation de leurs ressources internes. Il faut aussi intervenir sur les systèmes sociaux sources des cumuls de stress, d'inégalités et d'injustices.

Références

- Bayrakdar, S., & Guveli, A. (2020). Inequalities in home learning and schools' provision of distance teaching during school closure of COVID-19 lockdown in the UK (No. 2020-09). ISER Working Paper Series.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912–20.
- De Ridder, D., Sandoval, J., Vuilleumier, N., Azman, A. S., Stringhini, S., Kaiser, L., ... & Guessous, I. (2021). Socioeconomically disadvantaged neighborhoods face increased persistence of SARS-CoV-2 clusters. *Frontiers in Public Health*, 8, 1091.
- Hardesty, J. L., & Ogolsky, B. G. (2020). A socioecological perspective on intimate partner violence research: A decade in review. *Journal of marriage and family*, 82(1), 454-477.)
- Henry, C. S., Sheffield Morris, A., & Harrist, A. W. (2015). Family resilience: Moving into the third wave. *Family Relations*, 64(1), 22-43.
- Humphreys, K. L., Myint, M. T., & Zeanah, C. H. (2020). Increased risk for family violence during the COVID-19 pandemic. *Pediatrics*, 145(4), e20200982.
- Jones-Rounds, M. L., Evans, G. W., & Braubach, M. (2014). The interactive effects of housing and neighbourhood quality on psychological well-being. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(2), 171-175.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brighden, A., & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Marmot, M. (2015). The health gap: the challenge of an unequal world. *The Lancet*, 386(10011), 2442-2444.
- Masarik, A. S., & Conger, R. D. (2017). Stress and child development: A review of the Family Stress Model. *Current Opinion in Psychology*, 13, 85-90.
- Mikolai, J., Keenan, K., & Kulu, H. (2020). Intersecting household-level health and socio-economic vulnerabilities and the COVID-19 crisis: An analysis from the UK. *SSM-Population Health*, 12, 100628.
- Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., & van Gelder, N. (2020). Pandemics and violence against women and children. Center for Global Development working paper, 528.
- Platt, L., & Warwick, R. (2020). COVID-19 and ethnic inequalities in England and Wales. *Fiscal Studies*, 41(2), 259-289.
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*.
- Sallay, V., Martos, T., Chatfield, S. L., & Dúll, A. (2019). Strategies of dyadic coping and self-regulation in the family homes of chronically ill persons: A qualitative research study using the emotional map of the home interview method. *Frontiers in Psychology*, 10, 403.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Setti, A., & Fasolo, M. (2020). Parenting Stress During the COVID-19 Outbreak: Socioeconomic and Environmental Risk Factors and Implications for Children Emotion Regulation. *Family process*.
- Sumner, A., Hoy, C., & Ortiz-Juarez, E. (2020). Estimates of the Impact of COVID-19 on Global Poverty (pp. 800-809). United Nations University World Institute for Development Economics Research.
- Tettamanti, M. & Darwiche, J. (2020). Vulnérabilité familiale en période de confinement: quelles pistes de résilience. *LIVESImpact*, special issue N°2, Crise Covid-19, Juillet 2020.
- van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., & Oertelt-Prigione, S. (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EclinicalMedicine*, 21.
- Walsh, F. (2020). Loss and resilience in the time of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence. *Family process*, 59(3), 898-911.
- Walsh, F. (2016). Applying a family resilience framework in training, practice, and research: Mastering the art of the possible. *Family Process*, 55(4), 616-632.
- Zammit, S., Lewis, G., Rasbash, J., Dalman, C., Gustafsson, J. E., & Allebeck, P. (2010). Individuals, schools, and neighborhood: a multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(9), 914-922.

Portrait

Milena Qocharyan, Arménie



Thomas Okollah-Oyugi, Ghana



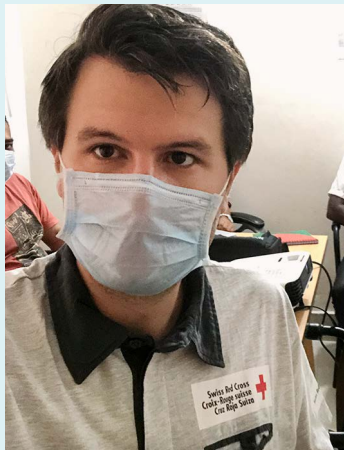
Oihane Olaetxea, Haïti



Isabel Uehlinger, Suisse



Nicola Malacarne, Bangladesh



Nada Stuhli, Bosnie-Herzégovine



Ellen Glatzi, Suisse



Jusuf Musić, Bosnie-Herzégovine



Ana Osoianu, Moldavie



Réfugiée syrienne avec sa fille en Macédoine du Nord



Maya Helwan, Syrie



Pour des raisons de place, nous avons dû nous limiter à une sélection de portraits. Cliquez sur le lien suivant pour pouvoir tous les consulter, contextes national et international confondus.

www.redcross.ch/Publication-Spécialisée2021

Sur le terrain – Aide immédiate fournie par la CRS en Suisse*

Céline Gay, 52 ans, mère célibataire ayant subi une perte de revenus**

52 ans, quatre enfants, séparée depuis trois ans. Quand elle se présente, Céline Gay compte. C'est une habitude depuis qu'elle a quitté son mari: «Déjà que nous n'étions pas riches, mais la séparation n'a rien arrangé.» Elle ne touche pas de pension alimentaire. Son diplôme de commerce a jauni durant les années passées à élever ses enfants. Après un an à l'aide sociale, elle finit par décrocher un emploi à 40% dans un grand magasin:

**«C'était le maximum qu'ils pouvaient
me proposer en fixe. Avec le coronavirus
ils ont resserré les budgets et j'ai
été licenciée.»**

En complément, Céline Gay tient une petite ongle-rie qu'il a aussi fallu fermer. Bilan: elle ne perçoit plus que 80% d'un emploi à 40%. Quand elle entend parler de l'aide immédiate de la CRS par une amie, elle n'y croit pas vraiment. Elle sera pourtant soutenue. «J'ai pu payer les soins dentaires de ma fille et deux factures d'électricité», lance-t-elle non sans humour, avant de fondre en larmes. Une bouffée d'oxygène: «On est toujours sur le fil du rasoir. Alors oui, 1000 francs, ça fait une différence. Et même toute la différence.»

Ana García, 40 ans, lâchée par ses employeurs**

Ana García est sans-papiers. Elle vit à Genève depuis 2009 avec son fils de 11 ans et sa mère de 61 ans, atteinte d'un cancer: «Ma mère a été opérée en Espagne, mais elle doit continuer son traitement et prendre des médicaments.» Avec un emploi de nounou dans une famille à Versoix et la garde de nuit d'une personne âgée, Ana García s'en sort pour régler les factures courantes. Le 19 mars, ses deux employeurs, confinés chez eux en raison des restrictions, lui signifient qu'ils n'ont momentanément plus besoin de ses services. Or elle n'a pas de contrat de travail.

**«J'ai perdu intégralement un salaire et
le second, pour lequel je touchais
1000 francs, a été réduit à quelque
600–700 francs.» Une connaissance
l'oriente alors vers la Croix-Rouge
genevoise.**

«Ils m'ont écoutée et peu de temps après, mon loyer de mai était payé.» Ana García peut conserver son appartement. Elle perçoit aussi pour 100 francs de bons alimentaires: «Cela m'a bien dépanné parce que la nourriture coûte cher!» Sans compter les médicaments de sa mère. Et les siens: «J'ai des problèmes de dos et de genou. On voulait m'opérer, mais j'attends d'obtenir un permis de séjour. Sinon, qui va payer le loyer? Je suis la seule à travailler dans cette famille.» L'aide financière immédiate aura allégé un peu cette charge.

* Les portraits sont tirés de: Monnay, E. et Schöni, K. (3/2020). Près de chez vous – Les factures ne connaissent pas de confinement. Croix-Rouge suisse, Magazine Humanité, pp. 12–13

** A des fins de protection de la personnalité, tous les noms ont été modifiés.

Mon père ne nous voit plus lui sourire

Deux jours par semaine, Yvonne Röthlin s'occupe de son père âgé de 93 ans. Grâce à la prise en charge complémentaire assurée par la Croix-Rouge suisse (CRS) et par l'Aide et soins à domicile (ASD), le vieil homme peut continuer à vivre chez lui. La crise du Covid-19 a été un défi pour Yvonne, qu'elle a relevé avec respect, mais sans peur.

«J'ai décidé de maintenir mon père à domicile en sachant que ce serait un investissement personnel pour moi. Je suis infiniment reconnaissante d'avoir eu ce choix, qui permet à mon père de vivre chez lui. Et je suis infiniment reconnaissante de la prise en charge assurée par la CRS et l'ASD. Car je ne pourrais pas être auprès de lui en permanence, ce serait impossible.

Quand la pandémie a démarré, je me suis dit: soit on cède à la peur, soit on fait face à la situation. Personne ne savait vraiment ce qui allait arriver.

Au début, j'avais peur, je dois bien l'avouer. Pour ma part, je suis quelqu'un de positif et je suis en très bonne santé. Mon souci, c'était mon père. Je craignais de lui transmettre le virus. Alors j'ai pris contact avec la CRS et l'ASD, qui nous avaient écrit. Et ça s'est super bien passé, j'ai découvert comment leurs intervenantes et leurs intervenants travaillaient, et bien sûr les règles sanitaires ont toujours été respectées. Dès qu'il a fallu porter un masque, évidemment, j'en ai porté un, pour protéger mon père.

Moi-même j'ai fait du chemin dans cette situation, sans peur, mais avec respect. Jusqu'au milieu de l'été, tout a continué à peu près comme avant, sauf qu'il fallait se laver davantage les mains et essayer de garder ses distances.

Ce qui me fait le plus de peine, c'est de devoir travailler avec ce masque. Mon père est malentendant et lit beaucoup sur les lèvres. Alors ce n'est plus pareil: mon père ne nous voit plus lui sourire.

Et à cause de ses handicaps, c'est encore plus difficile de garder ses distances.

Lui, il ne se montre pas plus inquiet que ça. Bien sûr, de temps en temps, il fait une remarque, il dit que les soignantes et les soignants entrent chez toutes sortes de gens, qu'ils passent d'une personne à l'autre. Je lui réponds que les masques sont là pour ça et que tout le monde se lave les mains. J'ai vraiment une totale confiance en ces personnes. Mais c'est clair: on a beau se protéger, on ne peut jamais exclure de quand même ramener le virus à la maison. Maintenant quelques mois ont passé, nous nous sommes bien débrouillés pendant cette crise et nous allons continuer. Et je sais que ça va aller mieux, c'est juste une période à passer. Il va sans doute y en avoir encore une autre, qui va nous demander de nouveaux efforts. Garder ses distances, respecter les règles d'hygiène et porter le masque pour travailler, c'est l'essentiel. Et si une personne est malade et présente des symptômes, il est clair que je ne la laisserai pas s'approcher de mon père. Si moi-même j'avais mal à la gorge ou de la fièvre, c'est évident, je n'irais plus voir mon père. Mais alors j'aurais la chance de pouvoir appeler la CRS à tout moment pour demander s'ils auraient quelqu'un pour s'occuper de lui. Et jusqu'à présent, heureusement, je suis en pleine forme.

Ce qui pourrait m'inquiéter, c'est qu'il y ait une nouvelle vague et que la moitié des soignantes et soignants tombent malades – là nous aurions peut-être un problème. Parce que si je peux m'efforcer de prendre le relais auprès de mon père sur une durée limitée, j'ai aussi ma vie à moi. Mais n'y pensons pas, d'une manière ou d'une autre ça va aller. Il faut rester positif, nous finirons bien par sortir de cette crise.»

Sabine fait la connaissance de son voisin

Je venais de démarrer un nouveau job, de m'installer dans mon premier appartement. Et voilà que le coronavirus est arrivé. Dès mon huitième jour au bureau, tout le personnel a été mis en télétravail, et à partir de là, j'ai passé beaucoup de temps entre mes quatre murs. Seule. Grâce aux appels vidéo, je suis restée en contact avec ma famille et mes amis. Je me suis ainsi sentie moins isolée. Je savais que tout le monde n'allait pas aussi bien que moi et que mon aide pouvait être utile. Il fallait que je sorte et que je fasse quelque chose. Mon activité bénévole habituelle à la Croix-Rouge genevoise – je donne des cours de soutien scolaire dans un centre pour requérants d'asile – avait été suspendue pour une durée indéterminée. Je me suis renseignée pour trouver un autre engagement. C'est ainsi que je suis tombée sur le «plan de solidarité Covid-19».

Genève est une grande ville anonyme. Bien souvent, on ne connaît pas ses voisins. A qui les personnes faisant partie d'un groupe à risque peuvent-elles s'adresser si elles ont besoin d'aide pour faire leurs courses, aller à la Poste ou se procurer des médicaments?

Certaines contactaient la Croix-Rouge, qui proposait de telles prestations. Moi, on m'a chargée de faire les commissions d'un monsieur âgé qui habitait ma rue. Je ne l'avais jamais rencontré avant la pandémie, alors que nous sommes voisins.

J'ai donc fait ses courses deux fois par semaine. Avant de partir, on s'appelait et il me dictait sa liste. Au début, les ruptures de stock étaient fréquentes, et ce n'était pas une mince affaire de trouver tout ce qui figurait sur la liste – ou des produits de substitution. Puis-je remplacer le saucisson vaudois qu'il m'a demandé par un saucisson fribourgeois? Un vrai casse-tête pour la végétarienne que je suis! Dès le premier appel téléphonique, il m'a priée de le prévenir avant de déposer les achats devant sa porte. Il voulait voir mon visage. Nous échangeons toujours quelques mots sur le palier – en gardant nos distances, bien entendu. Je pense qu'au fil des semaines, j'ai gagné sa confiance. Un jour, il m'a donné une lettre à poster. Je me demandais souvent s'il se sentait seul et s'il

avait quelqu'un à qui parler. J'ai fini par apprendre qu'il avait une épouse. Cela m'a rassurée.

Quand la situation épidémiologique s'est améliorée, j'ai dû retourner au bureau. J'ai aussi pu reprendre les cours de soutien scolaire en faveur de jeunes requérantes et requérants d'asile. Cela a mis un terme à mon engagement pour le «plan de solidarité Covid-19». Mon voisin m'a remerciée très chaleureusement et m'a remis un petit mot qu'il m'avait écrit ainsi que du chocolat. J'en ai été très touchée. Malheureusement, je ne l'ai plus revu par la suite. Genève est retombée dans son anonymat ordinaire.

Dès avant la crise, je savais qu'il y avait de la pauvreté à Genève. Mais qu'autant de gens aient besoin d'aide et fassent la queue pendant des heures pour quelques denrées alimentaires, j'ai trouvé cela effrayant! Pour beaucoup de personnes, les conséquences du Covid-19 n'ont de loin pas fini de se faire sentir. J'espère qu'il restera au moins un petit quelque chose de la solidarité du début de crise.

Les relations intergénérationnelles entre solidarité et contrainte

Introduction

Les débats sur le conflit intergénérationnel se ravivent régulièrement en période de crise – ainsi pendant la crise du Covid-19 où certains médias, de manière répétée, ont stigmatisé «les vieux» comme étant à l'origine du confinement et de ses coûts élevés. Dans la présente contribution, nous identifierons les causes premières de cette tension, à savoir les images négatives de la vieillesse et la méconnaissance des générations entre elles. Nous jetterons un regard critique sur la décision des autorités de fixer à 65 ans, soit à l'âge de la retraite, le critère d'appartenance des personnes aux groupes à risque, ainsi que sur la notion de vulnérabilité. Nous mettrons en lumière le fait que, quoi qu'en disent les médias, on a observé pendant la crise une remarquable solidarité intergénérationnelle au sein des familles et entre voisins. Enfin, nous expliquerons que la crise du Covid-19 constitue une chance pour les relations intergénérationnelles au sein de notre société, en favorisant une meilleure compréhension et une solidarité accrue.

La pandémie catalyse la tension entre les générations

La pandémie de Covid-19 marque une césure qui, toutes générations et tous âges confondus, a bouleversé nos vies. Le confinement du printemps 2020, en particulier, a porté gravement atteinte à la liberté individuelle. La privation de liberté est stressante et, émotionnellement, on a du mal à s'y habituer. A peine avait-on réalisé quelles conséquences ce confinement avait aux niveaux privé, professionnel et économique que l'on a commencé à en chercher les coupables. Et – du moins à en croire les médias – ceux-ci n'ont pas tardé à être identifiés: les vieux! On entendait par là les personnes de plus de 65 ans, considérées par les autorités fédérales suisses comme un groupe à risque vulnérable car elles étaient les plus menacées et méritaient donc une protection particulière. Cette décision, si elle était bien intentionnée, n'a pas tardé à produire des effets aussi indésirables qu'inattendus – tant pour les personnes concernées que pour leurs proches et pour la société toute entière.

Les personnes de plus de 65 ans, qui représentent près d'un cinquième de la population suisse, ont été soudain confrontées pour beaucoup à de multiples discriminations. Certains médias, les jugeant responsables des lourdes conséquences économiques du confinement, ont demandé qu'elles versent une contribution de solidarité. Inquiètes des coûts élevés du confinement et face à «l'acceptation malveillante de la destruction de l'économie», des voix très remarquées se sont fait entendre dans la presse sur le thème «vous voulez vivre éternellement?» (p. ex. Bindschedler, NZZ du 17.4.2020). Un pro-

fesseur de sociologie a même affirmé dans un article que les prétendues victimes de la pandémie, en fait, étaient tout simplement mortes de vieillesse. Selon lui, il s'agit là d'un phénomène naturel qui est certes douloureux pour les personnes concernées «mais qui, considéré globalement, fait de la place pour de nouvelles vies» (Gill, Spiegel du 13.4.2020). Au quotidien aussi, l'hostilité a souvent été le lot des personnes âgées. Au lieu de rester chez elles et d'être reconnaissantes qu'on les protège du virus avec dévouement, a-t-on entendu dire, elles allaient tranquillement faire leurs courses et se promener.

Les résultats d'études récentes montrent qu'il ne s'agit pas là de regrettables incidents isolés. Ainsi, une enquête réalisée en Espagne auprès de 840 personnes de différentes classes d'âge a mis en évidence une forte stéréotypisation négative des personnes âgées (âgisme) en relation avec la crise du Covid-19. Cet effet était le plus marqué dans la classe d'âge des moins de 35 ans (Garcia Soler et al., 2020). Une autre étude a analysé la prévalence de l'âgisme dans 35 journaux et magazines publiés aux Etats-Unis, en Australie et en Grande-Bretagne pendant le confinement. Il en ressort qu'indépendamment des différentes stratégies nationales mises en œuvre pour faire face au Covid-19, les «vieux» étaient identifiés le plus souvent comme un problème et comme les responsables du confinement (Lichtenstein, 2020). On peut donc se demander comment le discours générationnel a pu déra- per à ce point et dans quelle mesure il reflète la réalité de la cohabitation entre générations pendant la crise du Covid-19.

Historiquement, les relations intergénérationnelles – telles qu'elles sont et telles qu'elles devraient être – constituent un sujet récurrent. Il y a toujours eu des conflits d'intérêts entre les générations, souvent assortis d'incompréhension. Les relations intergénérationnelles ne sont pas harmonieuses en elles-mêmes, il faut sans cesse les redéfinir et les renégocier. La distinction par rapport à la génération des parents – la génération des «vieux» – ainsi que la définition par chacun de sa propre identité font partie intégrante du développement individuel et social. Toutefois, avec l'évolution de la société, il est devenu de plus en plus complexe et difficile de définir et négocier une relation solidaire. L'allongement de l'espérance de vie et la baisse concomitante de la natalité ont ainsi transformé en profondeur les relations intergénérationnelles. Jamais encore autant de générations n'ont vécu ensemble aussi longtemps qu'aujourd'hui. Outre ces changements démographiques, il convient de mentionner le rôle des changements culturels, qui ont radicalement remis en question des valeurs traditionnelles comme l'autorité, le civisme et la responsabilité. Ce qui est important pour une génération semble accessible pour une autre. C'est précisément cette évolution qui, dans le discours public, est régulièrement perçue comme une menace. Cela se reflète dans les discours générationnels actuels, qui ont le vent en poupe. Rien que les multiples noms

attribués aux générations – génération Golf, générations X, Y ou Z – donnent à réfléchir. Les discours sont souvent polarisants, considérant les différentes générations comme des groupes homogènes ayant chacun ses intérêts et ses modes de comportement propres. Or, si une génération a en commun de vivre au même moment et donc dans le même contexte social, il existe de grandes différences intragénérationnelles, par exemple selon la personnalité, l'éducation et la condition sociale de chacun. La surgénéralisation qui résulte souvent de l'étiquetage des générations ne s'explique pas seulement par la méconnaissance de ces différences, mais aussi par le besoin de simplifier des situations complexes et de tracer des limites claires là où, à l'évidence, le flou règne de plus en plus.

Pourquoi les tensions intergénérationnelles ont-elles augmenté pendant la crise du Covid-19?

Les relations intergénérationnelles sont le reflet des réalités sociales. Il est révélateur de constater que ce sont des crises sociales, comme la guerre du Vietnam dans les années 1960 ou la pandémie actuelle, qui accentuent la focalisation sur les différences intergénérationnelles jusqu'à conduire parfois à des conflits ouverts. Ainsi, le discours médiatique sur le conflit intergénérationnel dans le cadre du confinement était empreint d'une volonté flagrante de monter les «jeunes» contre les «vieux». Car même si l'on a principalement stigmatisé les «vieux», la colère populaire n'a pas manqué de viser aussi les «jeunes» après la réouverture des restaurants et des bars à l'issue du confinement, au motif qu'ils se contamineraient en festoyant sans distanciation et mettraient dès lors les autres en danger.

Il est trop facile de faire porter le chapeau de cette hostilité réciproque aux seuls médias. En réalité, la gestion sociale de la pandémie de Covid-19 met en évidence, outre le manque de connaissances sur les relations intergénérationnelles, des stéréotypes négatifs profondément ancrés concernant l'âge – un élément factuel que la recherche corrobore depuis des décennies (Perrig-Chiello, 2017). Une enquête réalisée en Suisse en octobre 2020 auprès d'un échantillon représentatif de la population va dans le même sens. A la question de savoir quels seront les effets de la pandémie sur les relations intergénérationnelles, plus de la moitié des personnes interrogées ont répondu soit qu'elles ne savaient pas, soit qu'elles étaient sans opinion. Par ailleurs, 32% ont estimé que ces effets seront négatifs et seulement 16% qu'ils seront positifs (Bühler et al., 2020). En d'autres termes: la majorité ne se préoccupe pas de cette question, tandis que celles et ceux qui ont une opinion tablent sur une évolution plutôt négative.

A l'évidence, au niveau social, les points de contact entre générations sont rares et il n'y a pas de culture du dialogue et de l'action commune. Le manque de connaissances est une ex-

cellente surface de projection pour les peurs et les détresses sociales. Mais la recherche nous apprend que là où les générations se rencontrent concrètement, que ce soit dans un contexte familial ou de voisinage, les relations entre elles sont le plus souvent bonnes (Bühlmann et al., 2012). On est contraint d'être plus attentif, de sorte que les jugements sont plus nuancés et que l'on connaît mieux les préoccupations, les forces et les faiblesses des autres générations présentes. On sait comment communiquer, quoi éviter et quelle aide apporter. L'effet de prévention et de modération que produisent les contacts intergénérationnels et familiaux sur les niveaux de peur et sur l'hostilité vécue par les personnes âgées pendant la pandémie de Covid-19 a été mis en lumière notamment par une étude de Cohen-Schwarz et Ayalon (2020).

De fait, en contradiction avec la rhétorique polémique du conflit, on a observé pendant et après le confinement une remarquable solidarité intergénérationnelle – au sein des familles comme en dehors (Pro Senectute Suisse, 2020). Des jeunes se sont occupés de leurs voisins âgés et ont proposé leur aide pour les achats et autres courses, une aide acceptée le plus souvent avec gratitude. Des organisations non gouvernementales (ONG) comme la Croix-Rouge suisse, Pro Senectute et bien d'autres ont créé des offres d'aide et de soutien avec rapidité et pragmatisme, par exemple des services de livraison à domicile, des chaînes téléphoniques et des plateformes de communication. Des bénévoles de tous âges se sont engagés en nombre. Bref: face à la crispation accrue des relations intergénérationnelles dans la société, il y a eu une détente, voire un rapprochement au niveau individuel et familial ainsi qu'entre voisins. Les responsables de la gestion de la pandémie au sein des autorités fédérales auraient pu jouer un rôle décisif pour résoudre ce paradoxe. Mais en méconnaissant et en ignorant la situation des différentes générations ainsi que les relations entre elles, ils ont radicalisé un discours générationnel déjà tendu. En particulier, les deux mesures suivantes liées au Covid-19, même si elles peuvent se justifier d'un point de vue médical, ont entraîné des dommages collatéraux sur les plans social et individuel.

L'étiquetage global d'une classe d'âge comme «vulnérable»: toutes les personnes de plus de 65 ans ont été considérées comme médicalement vulnérables et constituant un groupe à risque. L'adjectif «vulnérable», supposé signifier «sensible», «à protéger», ne va toutefois pas sans poser problème. La notion de «vulnérabilité» est employée dans diverses disciplines (p. ex. psychologie, médecine, éthique, sciences de l'environnement, sociologie) et se réfère à la fragilité humaine dans les contextes les plus divers. Cet usage multidisciplinaire complique l'établissement d'une définition uniforme et «officielle». S'y ajoute le fait – en raison notamment du flou du concept – que l'utilité de cette notion comme facteur qualifiant est souvent remise en question tant par les scientifiques que dans la pratique (Perrig-Chiello,

2015). Cette problématique s'est manifestée pendant le confinement:

1. Dans le cadre des mesures prises, il n'a été tenu compte que de la vulnérabilité médicale, ce qui est clairement en contradiction avec la vision globale de la santé adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé. La santé sociale et la santé psychique ont été dramatiquement ignorées pendant le confinement, de sorte que de nombreuses personnes – surtout celles atteintes de pathologies pré-existantes – étaient certes protégées contre une infection virale, mais ont subi des dommages collatéraux psychosociaux. Chez les personnes très âgées, par exemple, l'isolement social, la solitude et le stress psychique ont augmenté (abattement, symptômes dépressifs, insomnies; cf. Röhr et al., 2020; Seifert, 2020). Chez les personnes déjà atteintes de stress psychique, ces facteurs de risque se sont amplifiés (dépression, pensées suicidaires, mortalité accrue; cf. Wand et al., 2020).
2. Il est prouvé par ailleurs que qualifier des personnes et des groupes de «vulnérables», loin d'assurer leur protection, recèle un risque de marginalisation voire de discrimination sociale (Danis & Patrick, 2002). Le qualificatif «vulnérable» est en outre associé à l'idée plus ou moins implicite que la vulnérabilité est un état stable, durable, d'où le risque de perpétuer une situation négative. Cette crainte s'est également vérifiée dans le cadre du confinement ainsi que suite à la décision des autorités de fixer à 65 ans le critère d'inclusion dans le groupe à risque ou groupe vulnérable.

L'étiquetage global des personnes comme «groupe à risque» en raison de leur âge: on sait par la recherche que plus on avance en âge, plus les écarts en termes de santé et d'efficacité, conditionnés principalement par le style de vie, le genre et le niveau d'éducation, se creusent. Avec le confinement, les personnes de plus de 65 ans ont été intégrées d'un jour à l'autre et collectivement dans un seul et unique groupe à risque en vertu de critères médicaux. Or ce groupe comprend des personnes dont la différence d'âge dépasse trente ans. De plus, les personnes concernées appartiennent à deux générations très différentes. Les «jeunes vieux» (entre 60 et 80 ans) sont majoritairement en bonne santé. En revanche, chez les personnes très âgées (plus de 80 ans), la multimorbidité et la démence augmentent fortement. Mais au-delà de la santé, ces deux classes d'âge se distinguent aussi par leur style de vie, leurs activités et leurs valeurs. Les personnes très âgées ont connu pendant le confinement une situation souvent critique, car elles vivent généralement seules et n'ont souvent pas accès aux médias numériques. Ce sont elles qui constituaient le véritable groupe à risque, fortement entravé dans ses activités quotidiennes (p. ex. courses, tâches ménagères, soins) et confronté à des problèmes comme la solitude, la peur et le sentiment d'impuissance.

Les seniors plus jeunes (à partir de 65 ans), qui sont globalement en meilleure santé et maîtrisent pour la plupart les outils numériques, avaient davantage de possibilités de rester en contact avec d'autres personnes, d'agir et de se procurer des informations complètes. Toutefois, alors qu'ils assurent l'essentiel des activités bénévoles informelles et de la prise en charge des proches dans notre société, ils ont été condamnés à l'inactivité. Les grands-parents n'étaient plus autorisés à s'occuper de leurs petits-enfants, ce qui a impacté principalement la jeune génération des femmes: celle-ci s'est vue confrontée soudainement à la double tâche de télétravailler et d'assurer l'école à domicile. Cela a eu comme effet secondaire de creuser davantage l'écart entre les femmes et les hommes observé pendant la crise du Covid-19, voire d'accélérer le retour à une répartition plus traditionnelle des rôles. Il n'est guère surprenant que la génération des «jeunes vieux», les *baby boomers*, se soit élevée contre l'aide paternaliste des autorités. Elle est en effet la première génération de personnes âgées qui, en raison de son meilleur niveau d'éducation et de son engagement politique, entend déterminer elle-même sa vie. Et elle l'a fait avec succès. L'âge de 65 ans révolus comme critère d'appartenance à un groupe à risque a été supprimé dans la nouvelle loi COVID-19.

La pandémie et son potentiel de renforcement de la solidarité intergénérationnelle

Comme toutes les crises, la pandémie de Covid-19 peut potentiellement générer des changements tant négatifs que positifs. Cela vaut notamment aussi pour les relations intergénérationnelles au sein de notre société, qui ont été mises à rude épreuve durant cette période.

Même si l'on a observé une remarquable solidarité intergénérationnelle sur le plan familial et entre voisins, une tension patente entre jeunes et vieux s'est manifestée au niveau de la société. Au-delà de la solidarité et des tensions, une grande ambivalence était aussi perceptible. D'une part, les personnes âgées ont dit avoir reçu beaucoup de soutien pendant la crise. Mais d'autre part, une grande majorité d'entre elles ne sait pas si les relations entre jeunes et vieux pâtiront durablement de la crise du Covid-19 (Pro Senectute Suisse, 2020). Cela jette-t-il une ombre sur la cohabitation future des générations entre elles? Je pense que non, car:

1. Les tensions et les ambivalences font partie intégrante des relations intergénérationnelles. La crise du Covid-19 n'a fait que les mettre en évidence dans la société quadrigénérationnelle moderne. Elles s'expliquent principalement – comme indiqué plus haut – par la méconnaissance réciproque des générations, la rareté des points de contact ainsi que le manque de sensibilisation à ces tensions et à ces ambivalences. Vu sous cet angle, le test de stress intergénérationnel inhérent à la crise constitue une chance

pour les générations de se rapprocher et de mieux se connaître, dans la mesure où il a révélé le problème.

2. En deuxième lieu, la crise du Covid-19 a montré et continue de montrer combien il est dangereux d'attribuer les problèmes sociaux exclusivement à l'âge et à l'appartenance générationnelle. En effet, d'autres groupes à risque que celui des personnes très âgées ont eu besoin de protection et de soutien, en particulier les plus vulnérables sur les plans social, psychique et économique (p. ex. les familles monoparentales, les personnes sans emploi et/ou en situation de pauvreté). La démographisation des problèmes sociaux ne détourne pas seulement du cœur du sujet, elle crée inutilement de nouveaux champs de tension et empêche de trouver des solutions innovantes.

En dernier lieu, la crise du Covid-19 montre combien nous sommes interdépendants et avons besoin les uns des autres, que nous soyons jeunes ou vieux. Très probablement, elle marquera dans l'histoire des sociétés et dans la vie de chacun un point de bascule entre un «avant» et un «après». L'«après», espérons-le, se caractérisera par la conscience qu'en tant qu'individus et en tant que société, quels que soient les progrès réalisés, nous sommes très vulnérables et avons besoin de solidarité. Cette expérience peut être le fondement d'une résilience personnelle, familiale et sociale accrue. Car les personnes et les systèmes font preuve de résilience non seulement en dépit de circonstances adverses, mais surtout à cause de telles circonstances. Beaucoup d'individus et de groupes ne mobilisent en effet vraiment leurs ressources qu'en situation de stress extrême. Cela constitue pour eux une chance de prendre conscience de leurs forces, d'intensifier leurs relations avec autrui, de développer leur empathie et de se fixer de nouvelles priorités.

La solidarité intergénérationnelle ne naît pas spontanément et ne va pas de soi. Au contraire, elle se construit et se négocie en permanence, ce qui nécessite des perspectives de solutions qui dépassent les discours sur le conflit. Le nombre considérable de projets solidaires pendant la crise du Covid-19, en particulier au sein de la société civile, est à interpréter comme le signe d'une nouvelle prise de conscience quant à la nécessité d'une cohésion entre les générations. Mais il reste encore beaucoup à faire. A cet égard, c'est à l'ensemble des acteurs – familles, entreprises, églises, décideuses et décideurs politiques, administration, Etat, cantons, communes – de prendre leurs responsabilités et, en proposant des idées innovantes, de travailler avec optimisme à la création d'une société quadrigénérationnelle solidaire.

Bibliographie

- Bindschedler, G. (2020). Es ist die Frage, die die Absurdität mancher Notmassnahme offenbart: Wollt ihr denn ewig leben? Neue Zürcher Zeitung vom 17. April 2020. www.nzz.ch/feuilleton/corona-krise-wie-absurd-ist-denn-das-alles-ld.1552008 (Zugriff: 20.06.2020)
- Bühler, G., Craviolini, J., Krähenbühl, D., Hermann, M., Müller, E. & Wenger, V. (2020). Generationenbarometer 2020. Zurich: Berner Generationenhaus & SOTOMO.
- Bühlmann, F., Schmid, C., Farago, P., Höpflinger, F., Levy R., Joye, D., ... & Suter, C. (2012). Sozialbericht 2012. Fokus Generationen. Zurich: Seismo Verlag.
- Cohen-Schwartz, E. & Ayalon, L. (2020). Societal views of older adults as vulnerable and a burden to society during the COVID-19 outbreak. *Journals of Gerontology, Series B*, gbaa150.
- Danis, M. & Patrick, D. (2002). Health policy, vulnerability, and vulnerable populations. In: Danis, M., Clancy, C. & Churchill, L. (éd.), *Ethical dimensions of health policy* (pp. 310–334). New York: Oxford University Press.
- García Soler, A., Castejón, P., Marsillas, S., del Barrio Truchado, E., Thompson, L. & Diaz-Veiga, P. (2020). Ageism and COVID-19: Study on social inequality through opinions and attitudes about older people in the coronavirus crisis in Spain. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 12 juin 2020.
- Gill, B. (2020). Wir müssen übers Sterben reden. Philosophie zum Corona-Lockdown. *Spiegel Wissenschaft*, vom 13.04.2020. <https://www.spiegel.de/wissenschaft/philosophie-coronavirus-lockdown-wir-muessen-uebers-sterben-reden-a-9a2617d5-7ff6-455c-967b-b3b0858e7b3f> (Zugriff: 15.06.2020)
- Lichtenstein, B. (2020). From «Coffin Dodger» to «Boomer Remover»: Outbreaks of Ageism in Three Countries With Divergent Approaches to Coronavirus Control. *The Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences Social Sciences*, gbaa102.
- Perrig-Chiello, P. (2015). Vulnerabilität und Wachstum über die Lebensspanne. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (éd.), *Wege aus der Verletzlichkeit. Collection «Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis»* (pp. 21–49). Zurich: Seismo Verlag.
- Perrig-Chiello, P. (2017). Versöhnung der Generationen. Überlegungen jenseits gängiger Kriegsdiskurse. In: Kuhn, A. (éd.), *Kann ich damit leben? Prominente über Konflikt und Versöhnung*. Zurich: Theologischer Verlag Zürich.
- Pro Senectute Schweiz. (2020). Repräsentative Bevölkerungsbefragung 50plus zum Generationendialog vor dem Hintergrund der Corona-Krise. Zurich: gfs-zürich, Markt- & Sozialforschung.
- Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A. & Riedel-Heller, S. G. (2020). Psychosoziale Folgen von Quarantänemassnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), pp. 179–189.
- Seifert, A. & Hassler, B. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on loneliness among older adults. *Frontiers in Sociology*, 5: 590935.
- Wand, A., Zhong, B. L., Chiu, H., Draper, B. & De Leo, D. (2020). COVID-19: The implications for suicide in older adults. *International Psychogeriatrics*, 32(10), pp. 1225–1230.

Alexander prend le volant

Le confinement de mars 2020 a été pour moi une véritable douche froide. Je suis moniteur d'auto-école et de moto-école. Je me suis mis à mon compte il y a deux ans. Et puis soudain, d'un jour à l'autre, interdiction d'exercer! Au pire moment de l'année, en plus, car le printemps est la haute saison pour les cours de conduite moto! J'ai commencé à m'inquiéter pour mes finances, car j'avais beaucoup de frais à couvrir. Par chance, je suis un optimiste, alors j'ai essayé de positiver. Pouvoir tout à coup consacrer beaucoup de temps à mes enfants, c'était bien. Nous sommes beaucoup allés nous balader, jouer dehors, nous avons fait du bricolage. Mais je finissais quand même par me sentir de plus en plus à l'étroit.

Peu après, sur le chat des moniteurs, un collègue a diffusé l'information selon laquelle la Croix-Rouge suisse (CRS) du canton de Schwyz recherchait des bénévoles pour le service des transports. La plupart des bénévoles en service faisaient partie du groupe à risque et ne pouvaient plus intervenir. Je me suis dit, tant qu'à ne pas pouvoir travailler, plutôt me rendre utile que de traîner à la maison. J'avais une voiture et j'avais du temps. Alors, sans un instant d'hésitation, j'ai appelé la CRS du canton de Schwyz. Dès le lendemain, ma voiture arborait la plaque magnétique signalant que je faisais partie du service des transports.

Les clientes et les clients étaient un peu surpris de trouver ce «jeune gars» au volant de la voiture. Mais quand je leur disais mon métier, ça brisait la glace: «Ah, alors vous êtes un bon conducteur. Je n'ai pas à avoir peur.» Je répondais à chaque fois qu'en temps normal, j'occupe le siège passager, parce que justement je ne suis pas un bon conducteur. Les clientes et les clients avaient toujours quelque chose à raconter. Les discussions étaient très enrichissantes et distrayantes.

Une rencontre en particulier m'est restée en mémoire. Je ramenaient une cliente de son lieu de cure à son EMS. Elle était inconsolable et au bord des larmes, parce que personne dans sa famille ne voulait ou ne pouvait la conduire. Pour moi, c'est incompréhensible. Je ferais tout pour mes parents. C'est quand même eux qui m'ont élevé, je leur dois beaucoup.

Quand l'interdiction d'exercer a été levée dans mon secteur d'activité, j'ai cessé mes interventions. En ramenant la plaque magnétique à la CRS, j'ai dit qu'on pouvait compter sur moi en cas de deuxième confinement.

J'étais presque un peu triste de ne plus pouvoir proposer mon aide. Les retours des clients étaient bons. Ils ont trouvé dommage que le «jeune gars» ne vienne plus. J'en ai été flatté et touché. Aider fait du bien.

Cette crise a changé beaucoup de choses, et en même temps pas tant que ça. C'est une période difficile. Je suis devenu plus prudent. Je n'ai pas peur pour ma santé, mais pour celle de mes parents et de mon épouse. Pourvu que tout cela finisse bientôt, et bien!

Défis de la Croix-Rouge Jeunesse argovienne – Flora raconte

Les téléphones n'arrêtaient pas de sonner, la boîte mail débordait. Plus de 700 personnes s'étaient portées volontaires auprès de la Croix-Rouge suisse (CRS) du canton d'Argovie depuis le début du semi-confinement, en mars 2020. Elles voulaient toutes agir. Un immense élan de solidarité qui se poursuit aujourd'hui.

Nous n'étions pas préparés à cette crise. Tout est allé très vite. A la CRS argovienne, nous avons aussitôt uni nos forces. Il a suffi de quelques jours, après la mise en place des restrictions, pour que notre plateforme d'aide de voisinage soit en ligne. Celles et ceux qui avaient besoin d'aide ou voulaient en proposer pour faire les courses, aller payer des factures ou sortir le chien pouvaient s'inscrire. Ce projet né de la crise du coronavirus a été confié à la Croix-Rouge Jeunesse (CRJ). En effet, nous nous y connaissons en matière de bénévolat spontané, sommes flexibles, créatifs et aussi réactifs.

Bientôt, la plateforme a affiché plus d'offres que de demandes. Fracture numérique? Gêne à accepter de l'aide, et plus encore à en réclamer? Puis, avec le temps, les demandes ont commencé à affluer au standard de la CRS argovienne. Quelle joie pour moi, le message était visiblement passé: «Nous sommes là pour vous.» Nous avons pu proposer un soutien à toutes les personnes qui avaient fait appel à nous, et j'en suis très fière! Les bénévoles de la CRJ dont les missions avaient été interrompues sont intervenus au pied levé lorsque leur appui était requis.

Au début, la CRJ a aussi été obligée d'improviser pour ses activités bénévoles «ordinaires». Certaines ont malheureusement dû être mises entre parenthèses, comme les après-midi de divertissement en EMS; pour d'autres, il a fallu innover. Chaque fois que c'était faisable, nous sommes passés au numérique. Pour le soutien scolaire gratuit aux enfants et jeunes de familles défavorisées, cela fonctionne globalement très bien, les bénévoles donnant les cours par visioconférence. Dans le projet de mentorat – rencontres individuelles et régulières entre des membres de la CRJ et des jeunes issus de la migration pour faciliter leur intégration –, nous avons par contre buté sur des obstacles, entre autres d'ordre technique. Les bénéficiaires ne possédaient pas forcément de matériel informatique ou d'un accès à Internet, ou alors craignaient de ne pas s'en sortir avec les outils numériques parce qu'ils ou elles n'avaient pas encore une bonne maîtrise de la langue ou une relation de confiance avec les bé-

névoles. Nous continuons de chercher une solution satisfaisante à ce problème avec d'autres organisations du domaine de l'asile.

La crise a également vu éclore un nouveau projet. Au printemps, nous avons appris que de nombreuses places d'apprentissage étaient vacantes – alors que des bénéficiaires de plusieurs de nos projets en avaient besoin –, ce qui nous a donné l'idée de lancer le «coaching d'apprentissage numérique pour réfugiés». Les tandems ainsi formés ont rédigé des CV et lettres de motivation ou simulé des entretiens d'embauche, et cela a porté ses fruits puisque pas mal de participants ont effectivement obtenu une place d'apprentissage ou de stage! Un beau début qui nous incite à poursuivre sur cette voie.

Si les réunions par Internet ne peuvent pas remplacer le contact personnel, nous leur avons trouvé quelques avantages, comme la possibilité pour les bénévoles et les bénéficiaires de tout le canton d'échanger facilement, sans avoir à se déplacer.

Nous avons toutes et tous pu élargir nos compétences numériques pendant cette période et découvrir de nouveaux outils en ligne. Dorénavant, une partie de nos activités sera dotée d'un volet numérique.

Vers la fin du semi-confinement, au printemps, tout s'est un peu calmé. Nous avons alors envoyé à l'ensemble des bénévoles spontanés – même à celles et ceux qui n'avaient pas été mobilisés – une lettre de remerciement qui précisait où ils pourraient continuer de s'engager.

Nous étions mieux parés pour la deuxième vague, avec des plans de protection établis, que nous pouvions adapter si nécessaire, une plus grande marge de manœuvre – puisque les centres d'accueil pour requérants d'asile avaient entre-temps été équipés du wifi et que nous avons pu fournir un appareil à un certain nombre de bénéficiaires – et des informations fin prêtes qui nous permettaient de communiquer rapidement.

L'année 2020 a été intense, un défi en soi. Il s'est passé vraiment beaucoup de choses. Je suis heureuse que nous ayons été sollicités et que nous ayons pu apporter notre contribution et aboutir à des résultats.

Conditions de vie des personnes réfugiées et migrantes durant la pandémie de Covid-19

Résumé

Les personnes réfugiées et migrantes sont souvent exposées à de multiples facteurs de stress, parmi lesquels la discrimination, des conditions de vie difficiles ou encore le risque accru de troubles psychiques. Cette vulnérabilité s'est exacerbée depuis le début de la pandémie de Covid-19, qui a porté à saturation des systèmes de santé et de protection sous-dotés en personnel et en équipement. La présente étude examine l'impact du Covid-19 sur les conditions de vie des populations réfugiées et migrantes en Europe. L'analyse des données quantitatives collectées auprès de plus de 8000 personnes d'avril à octobre 2020 a révélé que la majorité des participants ont perçu une détérioration de leur situation financière, de leur accès au travail et de leur sentiment de sécurité depuis le début de la crise. Les personnes sans abri ou en situation de logement précaire et celles sans titre de séjour sont les plus exposées au risque de voir leurs conditions de vie se dégrader en raison de la pandémie. Les résultats soulignent l'importance qu'il y a à inclure les groupes vulnérables dans la réponse à la crise sanitaire. Les efforts doivent également porter sur l'amélioration de leurs conditions de vie et sur le maintien des services en temps de pandémie.

Introduction

Depuis début 2020, le nouveau coronavirus (Covid-19) étend son emprise sur la planète, bouleversant la vie quotidienne de millions de personnes. Dans le but de freiner la propagation du virus, des pays ont pris des mesures restrictives, au nombre desquelles la fermeture des restaurants et des écoles, l'obligation du port du masque et la limitation des interactions sociales. Inévitablement, ces mesures ont eu des conséquences graves et provoqué notamment un bond du taux de chômage dans le monde (Kawohl & Nordt, 2020). En raison de son caractère imprévu, la crise a eu un impact considérable sur les structures (Buheji et al., 2020), y compris en Europe où la plupart des systèmes de santé ont pourtant un niveau de développement avancé, et les établissements

de soins, les organismes d'aide sociale et le personnel soignant doivent faire face à une pression croissante (Carter et al., 2020; Khanna et al., 2020). Une enquête préliminaire a révélé qu'aux Etats-Unis, de nombreux ménages se sont retrouvés en situation d'insécurité alimentaire dès les premiers mois de la crise sanitaire (Bauer, 2020).

Comme le reste de la population, les personnes réfugiées et migrantes ont elles aussi été frappées par la pandémie. Mais elles sont en général déjà exposées dans leur vie quotidienne à de multiples facteurs de stress (Miller & Rasmussen, 2010) qui sont susceptibles d'être aggravés par la crise sanitaire. Elles dépendent souvent du soutien des services sociaux et des organisations non gouvernementales (ONG), lesquels ont été contraints de restreindre ou de suspendre leurs activités, ce qui a pu multiplier les barrières d'accès à l'aide dont ces groupes cibles ont besoin (Banks et al., 2020). La pandémie a porté atteinte à toute une série de droits humains, dont l'accès aux soins médicaux, et la satisfaction des besoins essentiels est menacée de manière disproportionnée au sein des populations vulnérables (Forman & Kohler, 2020; Shadmi et al., 2020).

Alors que les conséquences de la pandémie sur la population générale ont été amplement étudiées, il y a peu d'informations disponibles sur la façon dont le Covid-19 a affecté la vie des personnes migrantes et réfugiées. Pour cette raison, l'étude ApartTogether s'est donné pour objectif d'évaluer l'impact de la crise sur les conditions de vie de ces groupes. En particulier, elle a examiné s'il existait des différences en fonction de caractéristiques sociodémographiques telles que le statut de séjour, le genre et la situation de logement.

L'enquête

Dans le cadre de l'étude ApartTogether, une enquête en ligne a été lancée par un collectif d'universités européennes, rejoint par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en juin 2020. L'enquête, disponible en 37 langues, s'est déroulée de mars à novembre 2020. Elle portait sur les thèmes suivants:

– *caractéristiques sociodémographiques des participant-e-s*: genre; âge; formation; pays de résidence; pays d'origine; temps écoulé depuis l'arrivée dans le pays de résidence actuel; statut de séjour (citoyenneté, permis de séjour, documents temporaires, sans titre de séjour, autre); situation de logement (centre de requérants d'asile, maison, camp de réfugiés, sans abri, autre); composition et taille de la famille; situation professionnelle;

¹ Remerciements des auteurs: Nous aimerions remercier le collectif ApartTogether, en particulier Saskia De Jonghe, Stéphanie De Maesschalck, Sara Willems, Robin Vandevordt, Marina Rota, Signe Hviid Hansen, Linnea Waade Biermann, Rasmus Luca Lyager Brønholt, Rebecca Murphy, Beatriz Padilla, Amer Shehadeh, Anna Sarkadi, Natalie Durbeej, Fatumo Osman, Charles Watters, Margarida Gaspar de Matos, Gina Tomé, Maria Emilia, Tania Gaspar, Catia Branquinho, Susana Gaspar, Fabio Guedes, Ana Cerqueira, Adriano de Almeida, Sandra Estevão, Rachid Oulahal, Géline Sturm, Frédéric Rodriguez, Yagmur Gökdoğan, Filipe Soto Galindo, Julia de Freitas Girardi, Rodela Anjum Khan, Rocío Garrido, Virginia Paloma, Elisabeth Ioannidi, Katerina Vasilikou, Antonio Chiarenza, Maria van den Muijsenbergh et Kenneth E. Miller, qui ont contribué ou aidé à réaliser cette étude. Notre gratitude va également à l'ensemble des traductrices et traducteurs ainsi qu'aux personnes qui ont participé à la diffusion de l'étude. En outre, nous souhaiterions remercier le Programme Migrations et santé de l'Organisation mondiale de la Santé pour son soutien et sa diffusion de l'enquête dans le monde. Enfin, nous exprimons nos plus vifs remerciements aux personnes qui ont pris part à l'enquête.

- *Covid-19*: état de santé relatif au Covid-19; compréhension des mesures (distanciation sociale, hygiène des mains, port du masque, etc.); capacité de se conformer aux mesures préventives;
- *conditions de vie difficiles*: impact du Covid-19 et des mesures préventives sur la vie quotidienne (situation de logement, accès au travail, sentiment de sécurité, nourriture, habillement, ressources financières, assistance dispensée par des ONG et d'autres organisations, accès aux soins médicaux, état de santé, relation avec le/la partenaire, relation avec le-s enfant-s, etc.), les appréciations possibles étant (1) pire qu'avant, (2) comme avant, (3) mieux qu'avant et (4) sans objet;
- *bien-être psychologique*: symptômes d'anxiété et de dépression, consommation de substances psychoactives;
- *bien-être social*: attachement aux personnes qui partagent le logement, aux proches restés dans le pays d'origine et à la société hôte; facteurs de stress dans la famille/violence domestique; expériences de discrimination; sentiment d'appartenance/solidarité; systèmes de soutien/moyens de faire face.

En Europe, le recrutement des participant-e-s a été essentiellement mené par l'intermédiaire des réseaux des chercheurs, des institutions et des personnes œuvrant auprès de la population cible, de même qu'au travers d'une vaste campagne déployée sur Facebook, Twitter et WhatsApp. La participation était volontaire. Toutes les personnes participantes ont approuvé préalablement une déclaration de consentement précisant les objectifs et les conditions de l'enquête. A la fin du questionnaire, elles ont reçu les coordonnées de l'équipe de recherche ainsi qu'une invitation à consulter le site Internet de l'OMS afin d'obtenir de plus amples informations sur le Covid-19.

Un total de 8297 personnes vivant dans un pays d'Europe continentale ont répondu à l'enquête. Elles étaient originaires de 162 pays. Les dix pays d'origine les plus représentés sont rassemblés dans le tableau 1. Les personnes n'ont pas nécessairement répondu à tous les items du questionnaire, car elles pouvaient interrompre leur saisie à tout moment.

Tableau 1: Les dix pays d'origine les plus représentés parmi les participant-e-s

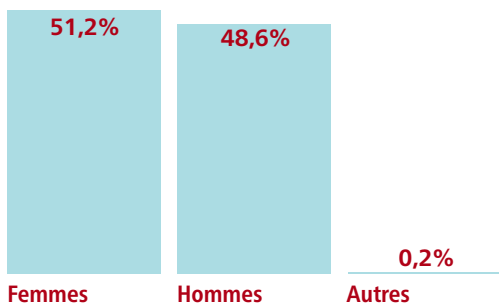
Pays	N	Pourcentage [%]
Bangladesh	978	12.1
Philippines	546	6.7
Tadjikistan	388	4.8
Syrie	365	4.5
Afghanistan	263	3.2
Belgique	167	2.1
Iran	135	1.7
Pologne	132	1.6
Portugal	124	1.5
Italie	118	1.5
Turquie	117	1.4

L'âge moyen était d'un peu moins de 35 ans, au sein d'une fourchette allant de 16 à 100 ans, et la répartition par genre était légèrement favorable aux femmes. Au moment de l'enquête, la majorité des personnes exerçaient une activité professionnelle en présentiel ou à distance et vivaient en maison ou en appartement. Quant au statut de séjour, la plupart ont déclaré être titulaires de documents temporaires. Plus de 9% de l'effectif ne possédait pas de titre de séjour (figures 1a à d).

Figure 1: Expériences des personnes réfugiées et migrantes durant la pandémie –
a) Sexe; b) Situation de logement; c) Titre de séjour; d) Situation professionnelle

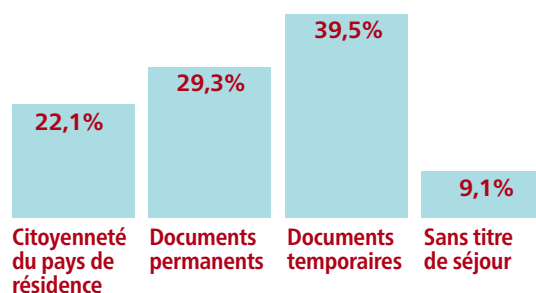
a)

Genre



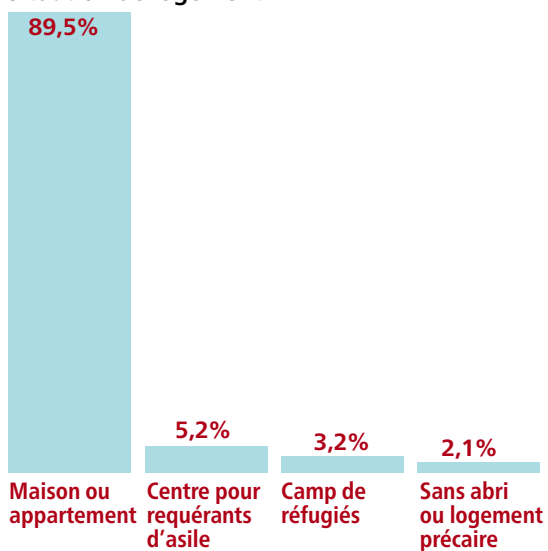
c)

Titre de séjour



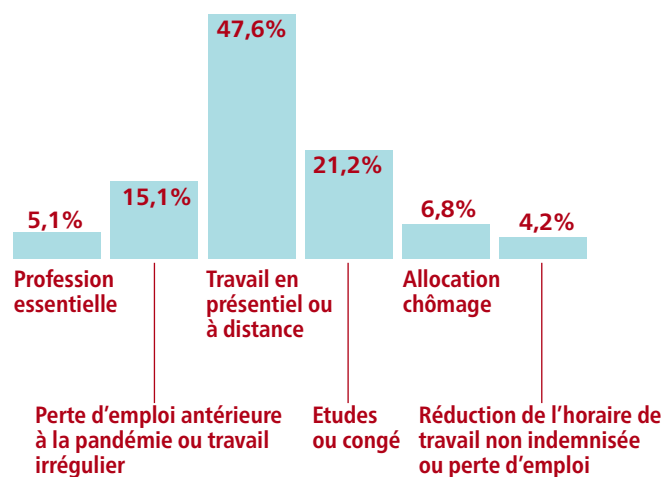
b)

Situation de logement



d)

Situation professionnelle



Les personnes participantes ont d’abord évalué, sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (extrêmement), l’ampleur avec laquelle les mesures sanitaires gouvernementales affectaient leur vie quotidienne. La valeur moyenne s’est élevée à 7,4, ce qui signifie que les mesures ont été perçues comme ayant une incidence majeure.

Parmi les aspects de la vie quotidienne concernés par ces changements, l’accès au travail et le sentiment de sécurité sont arrivés en tête: ils ont été jugés moins satisfaisants qu’avant par respectivement 54,1% et 57,1% des participant-e-s. Pas moins de 44,4% des personnes ont constaté une dégradation de leurs ressources financières, et 32%, une complication de l’accès aux soins de santé.

Environ une personne sur quatre a déclaré que sa situation de logement, l’accès à la nourriture et à l’habillement, l’assistance reçue de la part d’ONG et d’autres organisations ainsi que son état de santé s’étaient détériorés depuis le début de la pandémie.

La relation avec le partenaire et/ou les enfants est restée relativement stable, puisqu’elle a été qualifiée d’inchangée par rapport à avant la pandémie par la majorité des personnes (figure 2).

Enfin, les personnes ont été invitées à dire avec quelle vraisemblance elles prendraient un avis médical si elles constataient l’apparition de symptômes évocateurs du Covid-19. La majorité (93,2%) a répondu par l’affirmative. Il a été demandé aux 6,8% restants de justifier leur refus. Les principales raisons invoquées ont été le manque de ressources financières (25,3%), les capacités insuffisantes des établissements de santé (14,3%), l’absence de droit aux soins médicaux (14,3%) et la peur de l’expulsion (14,7%).

Figure 2 : Pourcentage de personnes ayant indiqué une dégradation de leurs conditions de vie quotidienne

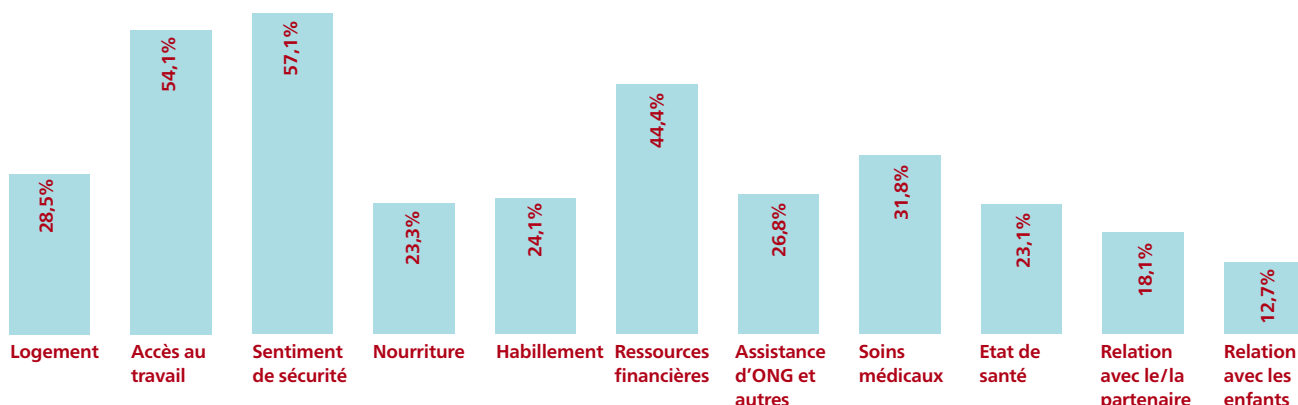
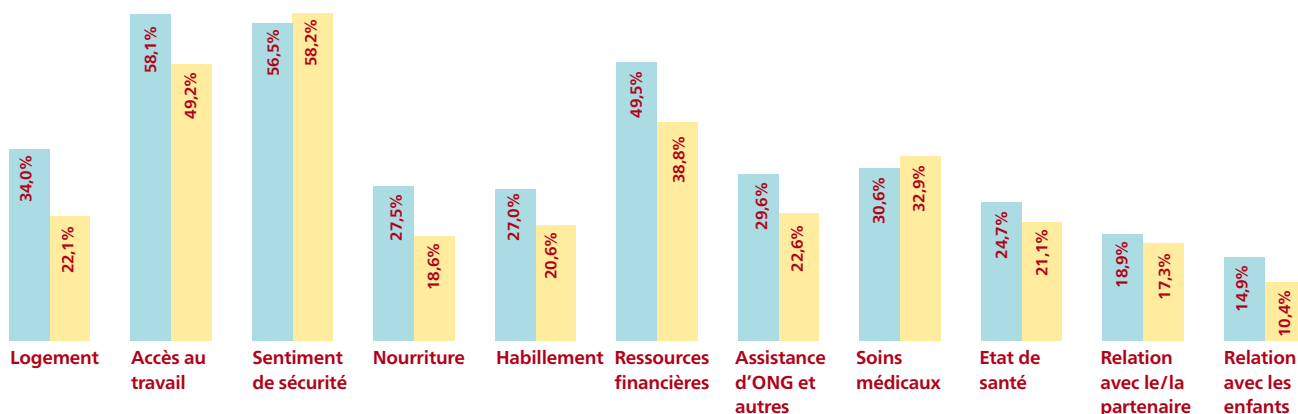


Figure 3: Dégradation des conditions de vie en fonction du genre



«Une femme qui avait émigré d'Asie pour rejoindre son partenaire en Europe a perdu son emploi en raison du Covid-19. Son permis de travail a été résilié, et elle attend maintenant que les autorités lui signifient son départ. Elle redoute d'être expulsée et d'être séparée de sa famille, mais aussi de tomber malade, car son droit aux soins médicaux est désormais limité.»

Extrait d'un entretien mené au Danemark avec un ressortissant d'un pays non membre de l'UE dans le cadre de l'étude ApartTogether (OMS, 2020)

Genre: comparativement aux femmes, les hommes ont plus souvent indiqué que leur situation avait empiré depuis le début de la pandémie en matière de logement, d'accès au travail, à l'habillement et à la nourriture, de ressources financières, d'assistance dispensée par les ONG et d'état de santé. Les femmes étaient proportionnellement un peu plus

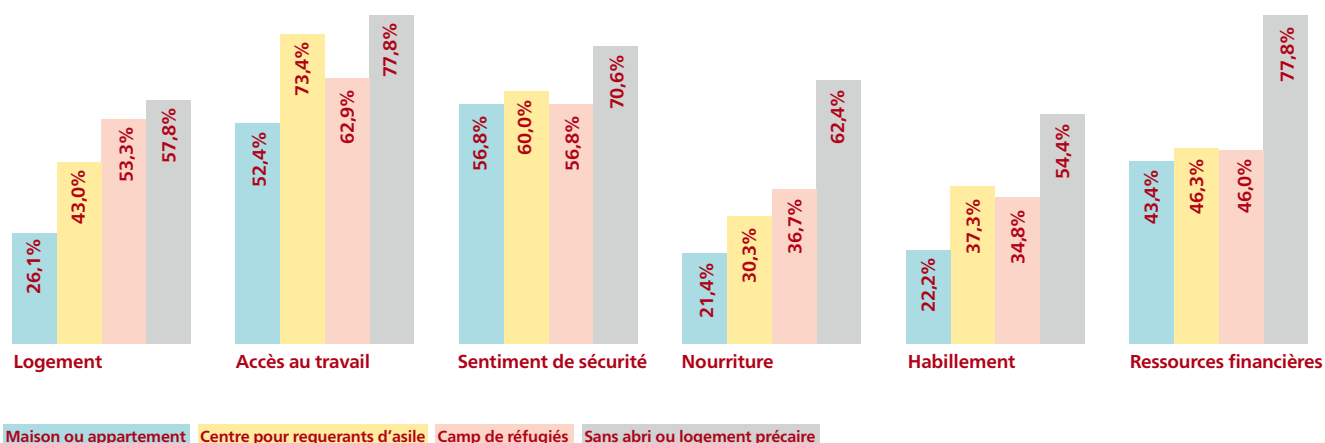
nombreuses que les hommes à rapporter une dégradation de l'accès aux soins médicaux et de leur sentiment de sécurité (figure 3).

Age: la comparaison de l'évolution ressentie des conditions de vie depuis le début de la pandémie en fonction de l'âge n'a mis en évidence aucune différence significative. Il convient toutefois de noter que plus les personnes étaient âgées, moins elles avaient tendance à signaler que leur relation de couple s'était dégradée.

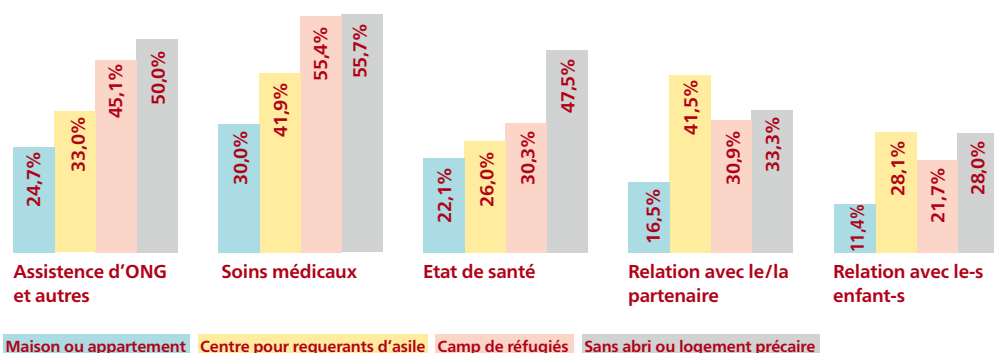
Situation de logement: si on s'intéresse aux différences en fonction des catégories de logement, il ressort nettement que les personnes sans abri ou en situation de logement précaire ont plus souvent fait l'expérience d'une péjoration, et ce, dans la plupart des aspects de leur vie (figures 4a et 4b).

Figures 4a et 4b: Dégradation des conditions de vie des personnes réfugiées et migrantes en fonction de leur situation de logement

Situation de logement a



Situation de logement b

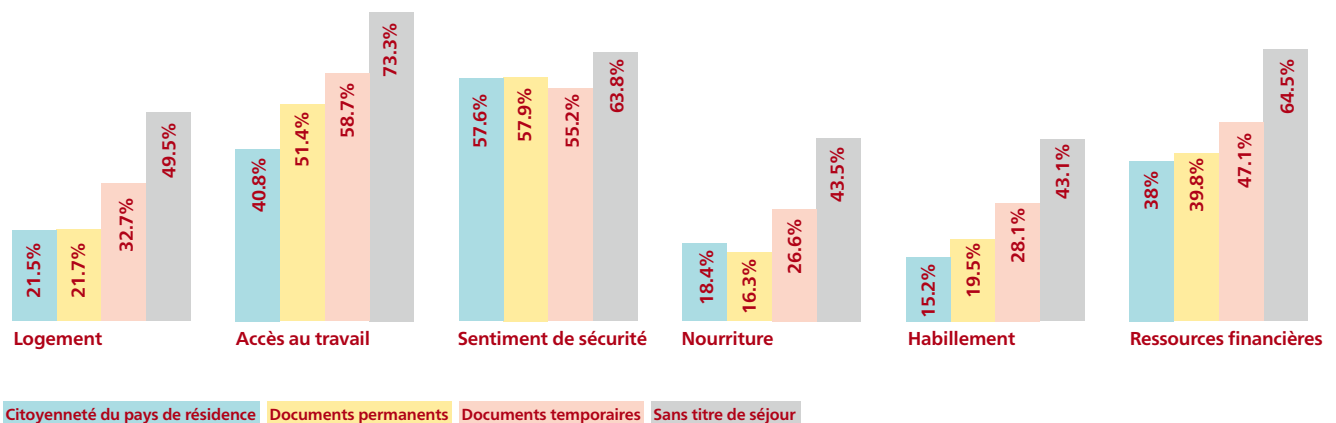


Il apparaît immédiatement que, par rapport aux autres groupes, les personnes qui vivaient dans une maison ou un appartement ont ressenti bien moins d'effets négatifs sur les différents aspects de leur vie. Elles ont ainsi rapporté une dégradation moindre en matière de logement, d'accès à la nourriture et à l'habillement, de ressources financières, d'assistance dispensée par des ONG et d'autres organisations, d'accès aux soins médicaux et d'état de santé. On n'a relevé aucun écart significatif entre les groupes quant à l'impact perçu sur l'accès au travail et le sentiment de sécurité.

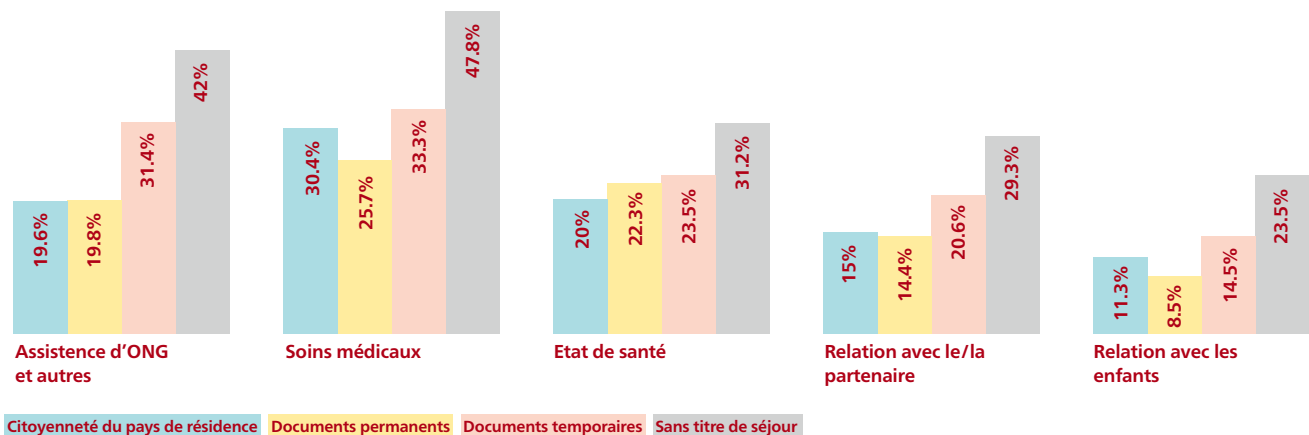
Statut de séjour: Là encore, un simple coup d'œil permet de constater que les personnes dont le statut de séjour est le plus incertain (sans titre de séjour) ont été proportionnellement plus nombreuses à faire part d'une détérioration de leurs conditions de vie (figures 5a et 5b).

Figures 5a et 5b: Dégradation des conditions de vie des personnes réfugiées et migrantes en fonction de leur statut de séjour

Statut de séjour a



Statut de séjour b



Les personnes sans titre de séjour ont été proportionnellement plus nombreuses à estimer que leur situation avait empiré en matière de logement, de nourriture, d'habillement, de ressources financières, d'assistance dispensée par les ONG et d'accès aux soins médicaux que celles bénéficiant d'un statut de séjour plus sûr. Elles ont plus souvent déclaré se sentir moins en sécurité que les personnes titulaires de documents de séjour temporaires, et se sont considérées en moins bonne santé plus souvent que les personnes possédant la citoyenneté de leur pays de résidence.

«Peu de temps avant le Covid-19, un homme qui avait trouvé refuge en Europe a reçu du tribunal une décision défavorable concernant son statut de séjour. Quand la pandémie a frappé, un grand nombre d'organisations qui auraient pu l'aider à trouver une solution ont fermé, de sorte qu'il n'a pu compter sur personne. Il a le sentiment d'avoir été abandonné par le gouvernement.»

Extrait d'un entretien mené en Belgique avec un migrant sans titre de séjour valable dans le cadre de l'étude ApartTogether (OMS, 2020)

Conclusion

Cette étude examine la manière dont la pandémie de Covid-19 a affecté les conditions de vie des personnes réfugiées et migrantes en Europe. C'est sur la situation financière, l'accès au travail et le sentiment de sécurité que l'impact de la crise a été le plus profondément ressenti. Tel un retour de balancier, les difficultés financières figuraient parmi les principales raisons citées par les personnes participantes pour justifier leur choix de ne pas recourir à des soins médicaux dans l'éventualité où elles développeraient des symptômes évocateurs du Covid-19.

Le genre a été un prédicteur significatif de la propension à déclarer une détérioration des conditions de vie. En particulier, les hommes ont été proportionnellement plus nombreux à voir leur situation empirer, et ce, sur la plupart des aspects étudiés. À l'inverse, la comparaison de l'impact perçu en fonction de l'âge n'a révélé pratiquement aucune différence. Ce n'est qu'en matière d'accès à l'habillement que les jeunes ont, plus que les autres, fait l'expérience d'une péjoration depuis l'apparition de la pandémie.

L'étude confirme par ailleurs les résultats de travaux antérieurs (Forman & Kohler, 2020; Shadmi et al., 2020), à savoir que les groupes particulièrement vulnérables, tels que les sans-abri et les personnes migrantes et réfugiées sans titre de séjour, subissent de manière disproportionnée les effets négatifs de la pandémie. Compte tenu de la plus grande fragilité de ces groupes au départ, cette conclusion doit inciter à tirer la sonnette d'alarme. Il est essentiel que l'élaboration des réponses politiques au Covid-19 vise un objectif d'équité en intégrant la participation des groupes les plus vulnérables. La protection des droits humains des personnes réfugiées et migrantes, parmi lesquels le droit à la santé, nécessite d'améliorer, d'une part, la diffusion d'informations en plusieurs langues et, d'autre part, l'accès aux soins médicaux, y compris ceux relevant de la santé psychique.

Si la pandémie a eu des effets délétères sur le quotidien de l'ensemble de la population, certains groupes de personnes réfugiées et migrantes ont vu leurs conditions de vie devenir plus pénibles encore. Les mesures préventives applicables à la population en général doivent prendre en considération la situation de vie de ces groupes de manière à éviter toute conséquence inégalitaire. Les efforts doivent également porter sur l'amélioration des conditions de vie des groupes les plus vulnérables, et sur le maintien des services en temps de pandémie (OMS, 2020).

Références bibliographiques

- Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobočan, A. M., ... & Weinberg, M. (2020). Practising ethically during COVID-19: social work challenges and responses. *International Social Work*, 63(5), 569-583.
- Bauer, L. (2020, May 6). The COVID-19 crisis has already left too many children hungry in America. Consulté sur le site: <https://www.brookings.edu/blog/up-front/2020/05/06/the-covid-19-crisis-has-already-left-too-many-children-hungry-in-america/>
- Buheji, M., da Costa Cunha, K., Beka, G., Mavric, B., De Souza, Y. L., da Costa Silva, S. S., ... & Yein, T. C. (2020). The extent of COVID-19 pandemic socio-economic impact on global poverty. A global integrative multidisciplinary review. *American Journal of Economics*, 10(4), 213-224.
- Carter, P., Anderson, M., & Mossialos, E. (2020). Health system, public health, and economic implications of managing COVID-19 from a cardiovascular perspective. *European Heart Journal*, 41(27), Pages 2516–2518. Consulté sur le site: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa342>
- Forman, L., & Kohler, J. C. (2020). Global health and human rights in the time of COVID-19: response, restrictions, and legitimacy. *Journal of Human Rights*, 19(5), 547–556. Consulté sur le site: <https://doi.org/10.1080/14754835.2020.1818556>
- Kawohl, W., & Nordt, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 389-390.
- Khanna, R., Cicinelli, M., Gilbert, S., Honavar, S., & Murthy, G. V. (2020). COVID-19 pandemic: lessons learned and future directions. *Indian Journal of Ophthalmology*, 68(5), 703–710. Consulté sur le site: https://doi.org/10.4103/ijo.ijo_843_20
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7-16.
- OMS (2020). ApartTogether survey: preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of COVID-19. Consulté sur le site: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337931/9789240017924-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Shadmi et al. (2020). Health equity and COVID-19: global perspectives. *International Journal for Equity in Health*, 19(104). Consulté sur le site: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01218-z>

Il y a eu des moments plus ou moins difficiles

Je m'appelle Milena Qocharian et je suis bénévole à la Croix-Rouge arménienne. La mission que j'accomplis dans le contexte de la crise sanitaire du Covid-19 est physiquement et psychologiquement exigeante. Mais elle n'a rien d'impossible!

L'urgence, quelle qu'elle soit, nous rend plus forts et nous fait nous sentir plus utiles vis-à-vis des gens qui nous sollicitent.

Que ce soit durant le confinement ou le conflit armé, lorsque le taux d'incidence dépassait les 2000 personnes par jour, nous autres bénévoles du service d'aide et de soins à domicile n'avons jamais manqué à l'appel. Notre préoccupation première était de pourvoir au confort et à la protection des bénéficiaires et de les entourer de soins et d'affection.

Avec ces personnes, nous avons lu des livres et feuilleté des albums photos, évoqué des souvenirs heureux et raconté des histoires amusantes afin qu'elles retrouvent des ressources pour affronter la situation. C'était tantôt facile, tantôt difficile, mais jamais ennuyeux. Dans notre équipe de soins à domicile et d'aide à l'autonomie, nous avons imaginé des exercices de gymnastique matinale pour les seniors à pratiquer en groupe sur Viber, et aidé certains de nos bénéficiaires à participer à cette activité.

Dès le début de la pandémie, nous avons été confrontés à une pénurie de masques dans les pharmacies. Mais la Croix-Rouge a toujours veillé à ce que l'équipe, les bénévoles et les bénéficiaires soient approvisionnés en masques, gants, et gel hydroalcoolique. Autre difficulté que nous avons rencontrée, certaines personnes avaient du mal à s'habituer au masque, qui les gênait pour respirer, notamment par temps chaud, et n'était pas pratique. La nécessité de respecter la distanciation sociale et d'organiser leur quotidien de manière à restreindre les contacts directs à un minimum était également problématique pour elles.

La diffusion d'informations fiables en temps utile est primordiale. Nos clients s'informent essentiellement par le biais de la télévision et de la Croix-Rouge, il est peu probable qu'ils soient victimes de désinformation. Ce point ne pose pas de problème particulier.

Les émotions positives sont bien entendu au rendez-vous, à chaque visite, à chaque fois que nous soutenons nos aînés. Se dire qu'en dépit de toutes les difficultés, nous continuons à aider et que nous n'abandonnons pas les plus fragiles à leur sort est à mon sens un facteur majeur de motivation.

Exil, séparation et coronavirus

Devant l'aggravation de la situation en Syrie, mon mari et moi avons fui le pays pour gagner la Grèce. C'est là-bas que notre fille est née. Nous y sommes restés six mois, pendant la crise des réfugiés, puis avons décidé de partir pour la Macédoine. Malheureusement, le voyage n'a pas été sans encombre. Je me suis cassé la jambe lors d'une chute et j'ai dû être hospitalisée. A cause de cette blessure, je suis restée en Macédoine avec ma fille dans une maison sécurisée, tandis que mon mari a continué son périple seul jusqu'aux Pays-Bas, où il vit actuellement dans l'attente que son statut soit clarifié. En Macédoine, j'ai demandé le droit d'asile, un statut de réfugié, et obtenu le statut de personne sous protection subsidiaire. Depuis, je vis dans la capitale, dans un appartement de location que je partage avec une Congolaise et ses deux enfants mineurs, tous trois également placés sous protection subsidiaire.

L'arrivée de la pandémie de Covid-19 a marqué le début d'une expérience sans précédent pour nous tous et de désagréments qui ont affecté en profondeur ma vie et, je crois, la vie des autres. Lorsque l'école enfantine a fermé, j'ai dû arrêter de travailler pour garder ma fille de 4 ans car je suis toute seule ici. Les confinements et les restrictions de déplacement qui ont suivi ont eu des conséquences sur mes relations avec les gens.

Les journées étaient stressantes parce que les actualités nous renvoyaient constamment en mots et en images au grand nombre de personnes infectées et, malheureusement, de morts. La vie quotidienne me confrontait à une succession de difficultés. J'étais à la maison et mon travail me manquait, le contact avec les gens me manquait.

Ma fille avait envie de revoir ses camarades d'école et les enseignantes.

Lorsque l'état d'urgence a été proclamé, l'équipe de la Croix-Rouge s'est immédiatement mise en relation avec moi. Ces personnes m'ont très bien expliqué la situation engendrée par le Covid-19 et m'ont apporté un soutien psychosocial afin de diminuer mon sentiment de peur et d'anxiété. Élément très important pour moi, elles m'ont ex-

pliqué comment utiliser les moyens de protection, désinfecter les pièces et se servir de produits que je n'avais jamais employés auparavant. Elles m'ont indiqué les points auxquels je devais faire le plus attention: j'ai reçu en temps utile des informations sur la situation dans le pays, le début du couvre-feu et la durée des confinements, ainsi que sur la manière de surveiller chaque jour notre état de santé. De même, les équipes mobiles de la Croix-Rouge m'ont distribué régulièrement de l'aide humanitaire (nourriture, articles d'hygiène, moyens de protection). Pendant le confinement, elles m'ont aidée à me procurer les produits de première nécessité que j'avais oubliés. Dès le début, le travailleur social et les bénévoles ont préparé des supports éducatifs pour ma fille. Ainsi, j'ai pu travailler avec elle et meubler judicieusement son temps libre pour qu'elle fasse des progrès, car c'est à son âge que les enfants apprennent et avancent le plus. Avant, nous vivions très modestement dans un petit appartement. La Croix-Rouge m'a aidée à déménager. J'ai maintenant des conditions de vie bien meilleures et cela me rend très heureuse.

Le soutien de tous les instants de la Croix-Rouge m'a été d'un grand secours pour affronter la situation. L'équipe m'a incitée à garder espoir, en me disant que tout se passerait bien, que nous devons respecter les protocoles, les mesures, et garder notre calme. J'ai suivi une formation d'Etat pour devenir cuisinière grâce à la Croix-Rouge, qui m'a informée sur les possibilités de cursus et aidée à constituer mon dossier. Durant cette formation, que j'ai terminée avec succès, j'ai beaucoup apprécié d'apprendre de nouvelles choses et de faire de nouvelles connaissances. Les gens du groupe m'ont réservé un excellent accueil. La prochaine étape va être maintenant de trouver un emploi. J'adore mon métier de cuisinière et je suis sûre de pouvoir réussir dans cette voie. J'aimerais trouver du travail pour couvrir tous mes frais car je ne veux pas dépendre éternellement des autres. L'équipe de la Croix-Rouge m'a permis de recevoir une aide financière versée par l'Etat aux citoyens vulnérables qui ont besoin de protection.

Quand les mesures ont été assouplies, nous avons pu à nouveau nous retrouver à l'extérieur pour discuter, ce qui a apaisé mon anxiété et mon stress. Ensemble, nous nous sommes rendus à des places de jeux, au parc de la ville, au zoo et sur le mont

Vodno. Ma fille et moi sommes même parties en vacances à Struga, avec le soutien de l'équipe. C'étaient nos premières vacances d'été et nous en sommes revenues enchantées.

La distanciation avec les personnes que j'ai rencontrées ici et la contrainte permanente des mesures de protection ont transformé ma vie. Je ne peux pas me rendre chez mes amis. Nous nous voyons brièvement, en plein air, en faisant preuve de la plus grande prudence. Je communique souvent avec les membres de ma famille restés en Syrie, et ma sœur qui est en Turquie. Ils m'apportent un soutien indispensable. Les contacts avec mon mari représentent également beaucoup pour moi. Je peux toujours compter sur ses encouragements dans les moments difficiles.

Mais c'est ma fille qui me donne le plus de force.

Mon plus grand désir est de trouver un emploi stable qui me permettra de me sentir plus en confiance, car je crois en mes aptitudes et mes qualités. J'espère vivement que, cette année, les institutions pourront m'aider à aller aux Pays-Bas rendre visite à mon mari, qui a toujours le statut de demandeur d'asile. Nous sommes séparés depuis quatre ans et ma fille ne le connaît pas vraiment. Elle ne sait pas ce qu'est le sentiment d'avoir un père, même si elle communique avec lui tous les jours sur Viber. Lorsqu'elle voit un enfant s'adresser à son père, elle aussi appelle cet homme «papa», alors qu'il est pour elle un parfait étranger.

L'action humanitaire dans le contexte fragile de la pandémie

Introduction

Dans le domaine de la coopération internationale, l'action humanitaire s'inscrit d'ordinaire dans un contexte fragile et doit garantir notamment que les «plus vulnérables» ne sont pas oubliés lors des grandes catastrophes et autres urgences touchant des régions entières. Pour la première fois, la Croix-Rouge suisse (CRS) connaît des circonstances analogues sur notre territoire, les bouleversements suscités par la pandémie de Covid-19 contraignant à mener l'action humanitaire en Suisse, dans un contexte plus instable qu'à l'accoutumée. A travers un dialogue entre les responsables des activités en Suisse et à l'étranger du Siège de la CRS – Christine Kopp, cheffe du département Santé et intégration jusqu'à fin 2020, et Thomas Gurtner, chef du département Coopération internationale – nous abordons les nouvelles conditions de travail dans l'humanitaire, dictées par cette crise planétaire, dans notre pays et dans le monde. Cet article évoque certains des défis et tente de tirer un bilan des implications pour l'avenir de l'aide aux personnes en situations précaires. Il compare en outre les perspectives de gestion de crise à l'étranger et en Suisse, et s'interroge sur la tenue d'un échange d'expériences utile et sur l'émergence de nouvelles synergies, cela en vue surtout d'accroître la résilience des personnes vulnérables, d'atténuer et de réduire la vulnérabilité, et de promouvoir la solidarité au sein de la population.

Christine Kopp, Thomas Gurtner, quels ont été pour vous les principaux défis dans la gestion de crise humanitaire pendant la pandémie, en Suisse et à l'étranger?

Christine Kopp: Pour nous, en Suisse, il semble évident que tout soit parfaitement organisé et maîtrisé en toute circonstance. Le coronavirus a fortement ébranlé cette certitude, fragilisé notre image de nous-mêmes. Il a fallu savoir accepter que nous ne sommes pas toujours capables de tout gérer, que nous aussi pouvons être pris au dépourvu par une crise majeure, en l'occurrence cette pandémie, qui rend tous nos mécanismes de fonctionnement, soi-disant infaillibles, inopérants au quotidien. Que dans notre société prospère, nous possédons au contraire moins de compétences et d'expérience pour faire face à des restrictions que les habitants de pays en crise, habitués à une existence difficile. Nous, Suisses, croyons avoir pour ainsi dire un droit naturel à ce qu'il y a de mieux, à la meilleure qualité – et à ce que cela nous soit servi au plus vite, dans l'idéal. Il y a longtemps que nous n'avions subi un tel bouleversement, qui nous impose soudain de fonctionner comme d'autres pays savent le faire depuis des décennies, pays qui du reste s'en sortent avec nettement moins de ressources. Je trouve que cet aspect de la pandémie de Covid-19 ne fait pas de mal à la Suisse, bien au contraire: nous devons cesser de penser que la première place dans l'ordre mondial nous revient par la force des choses. Nous

sommes d'ailleurs vite arrivés à un point où nous étions dépassés dans nos capacités et où les choses ne marchaient plus aussi facilement qu'à l'ordinaire.

Qu'entendez-vous par là, concrètement?

Je pense au matériel de protection durant la première vague, puis aux tests et aux vaccins dans les deuxième et troisième vagues. La Suisse n'est plus automatiquement servie en premier, ce sont plutôt les pays qui sont les plus rapides ou qui fonctionnent de manière différente, semblerait-il. Autre difficulté: nous n'avons pas toujours pu, nous ne pouvons pas toujours agir uniquement sur des bases bien établies. Il a fallu que nous reprenions conscience – nous devrions d'ailleurs continuer de nous remettre en question et aussi en retenir quelque chose – que, dans bien des cas, nous devons juste passer à l'action, ne pas systématiquement vouloir contrôler que c'est ce qui convient le mieux, que nous procédons exactement comme il faut, que nous avons tenu compte de toutes les éventualités. En somme, que l'on peut ou doit parfois tout simplement agir. Naturellement, il faut prendre ses responsabilités. Nous ne supportons plus de ne pas savoir, d'avoir des incertitudes, et donc de ne pas être en mesure d'évaluer précisément les risques. La décision quant aux risques qu'on peut et qu'on est disposé à prendre dans l'action humanitaire en devient aussi plus compliquée. Si l'on considère, par exemple, les collaboratrices et collaborateurs ainsi que les bénévoles de la CRS: à quels risques sommes-nous prêts à les laisser s'exposer? Nous n'obligeons évidemment personne à se mettre en situation de danger. Cela dit, il faut accepter l'incertitude, l'éventualité que tout ne se termine pas bien ou qu'il y ait des contagions. Il y a lieu de se détacher un peu de cette «folie de la perfection» qui veut que l'on puisse toujours tout évaluer à l'avance. Et s'en remettre à cette responsabilité personnelle si souvent évoquée. Tout cela dans une nouvelle réalité où rien n'est plus vérifié et garanti, où l'on se retrouve face à des hypothèses, voire à des inconnues. C'est vraisemblablement là l'essence même des crises inédites, telles qu'une pandémie.

Vous diriez donc: avoir un peu plus de courage dans l'action, acquérir de l'expérience, en continuant d'assumer ses responsabilités, puis tirer des enseignements en continu, comme le fait le Conseil fédéral?

Christine Kopp: Oui, je suis tout à fait d'accord avec le Conseil fédéral sur ce point.

Thomas Gurtner: C'est une approche intéressante que de devoir apprendre à agir soi-même, sans certitude sur la justesse. Chez nous, à la coopération internationale, le coronavirus a provoqué exactement le contraire: devoir apprendre à ne pas agir nous-mêmes depuis le Siège, mais à laisser faire ceux qui sont sur le terrain, à l'étranger. Nous n'assumons à

présent qu'un rôle de soutien; les véritables acteurs sont nos partenaires locaux. Je crois que, dans le contexte international, c'est une des principales leçons que nous ayons tirées de cette pandémie. La propagation du virus nous empêchant de nous rendre dans les zones d'intervention, nous avons subitement été obligés de nous fier entièrement à nos partenaires sur place. Et nous avons été très impressionnés de voir comment ce que nous prêchons depuis 20 ans sous les dénominations «localization of aid» et «empowering of local communities» s'est effectivement réalisé – à l'évidence, nous n'obtenions plus rien avec nos concepts des années 1970, qui nous avaient amenés à intervenir de manière assez dirigiste et à imposer des contrôles de qualité. Comme nous ne pouvions plus aller là-bas, il ne nous restait d'autre choix que de demander de quoi ils avaient besoin, comment nous pouvions les aider, et de dire: «Faites ce qui vous semble juste».

C'est intéressant. Il s'est donc agi, ou il s'agit, en quelque sorte, d'une inversion de la relation de pouvoir habituelle entre le Siège, en Suisse, et les partenaires locaux, à l'étranger?

Thomas Gurtner: De toute évidence! Un autre élément intéressant – et pour nous l'une des missions les plus gratifiantes en cette période, surtout au début de la pandémie – a été de pouvoir tirer parti dans le contexte national des capacités et compétences dont nous usons normalement dans la coopération internationale. Par exemple dans les domaines logistique et médical et sanitaire: nos collaboratrices et collaborateurs engagés depuis des années dans les pays touchés par Ebola connaissaient précisément les mécanismes clés d'une coopération efficace à distance dans le cadre d'une crise humanitaire sanitaire comme une épidémie. En l'occurrence, il s'agit d'apporter à l'autre ce qui lui fait défaut: c'est une question de complémentarité dans l'aide humanitaire – entre l'étranger et la Suisse aussi. Comme l'a bien montré la pandémie de Covid-19, la coopération internationale d'une Société de la Croix-Rouge peut apporter une valeur ajoutée aux activités nationales, en Suisse pour ce qui nous concerne.

Christine Kopp, pour quel défi à surmonter dans le contexte national avez-vous pu vous appuyer sur l'expérience de la CRS dans la coopération internationale et tirer directement parti de celle-ci pour l'action en Suisse?

Christine Kopp: Principalement pour le «soutien médical», plus précisément pour la mise sur pied et l'exploitation du centre de dépistage et pour l'offre de tests, à Berne. Et puis en matière de «logistique», donc pour tout ce qui a trait à l'approvisionnement (en masques). Dans ces domaines, nous n'aurions rien pu faire sans la grande expertise du département Coopération internationale. La collaboration pragmatique entre nos deux entités, que nous prônons et à laquelle nous aspirons de longue date à la CRS, s'est concrétisée en un claquement de doigt et sans formalités face à l'urgence à laquelle nous étions confrontés dans la pratique. Comme on le voit, une crise mondiale impose d'avoir des rapports plus étroits; elle peut dans le même temps accélérer et optimiser l'action conjointe.

Ailleurs, la réussite de notre mission reposait moins sur le département Coopération internationale. Prenons les offres classiques des associations cantonales de la Croix-Rouge et des organisations de sauvetage: la pandémie rendait nécessaires leur élargissement, leur développement, leur adaptation et leur numérisation. Il a fallu recruter des bénévoles sur Internet, organiser la livraison à domicile, proposer en ligne nos services de visite. Pour parvenir à relever ces défis, il a été important que nous puissions travailler avec les centres de compétences «Jeunesse» et «Bénévolat» et bénéficier de leur savoir-faire. Mais pour tout ce qui concerne la logistique et le soutien au secteur de la santé stricto sensu, notre bonne collaboration avec la Coopération internationale et son expérience ont été déterminantes. Cela a d'ailleurs toujours très bien marché. Une infirmière très expérimentée dans la gestion de projets à l'étranger a par exemple apporté une formidable contribution en tant que cheffe d'intervention au drive-in de dépistage, à Berne. De fait, nous avons appris vraiment beaucoup de choses utiles pour nos activités nationales des méthodes du département Coopération internationale, notamment sur la formation d'un état-major de gestion de crise et son travail. Nos collègues avaient naturellement une grande pratique de l'action humanitaire en situation de crise. Ils nous en ont fait profiter pour notre travail en Suisse.

Thomas Gurtner, quel a été pour vous le plus grand défi dans cette crise sanitaire? Votre département, Coopération internationale, a évidemment l'habitude de gérer des crises: séismes, tsunamis, inondations, etc. Celle du coronavirus a-t-elle eu quelque chose de neuf, de particulier?

Thomas Gurtner: C'est – du moins pour notre génération – la toute première crise humanitaire massive à l'échelle mondiale qui ait frappé, en un laps de temps très court, aussi bien les pays du Sud que du Nord, les pauvres que les riches. La pandémie bouleverse complètement nos vies et par là notre travail. «The pandemic is a portal», pour citer Arundhati Roy. J'ai été interpellé par une déclaration sur la crise sanitaire de cette écrivaine indienne, scénariste, activiste politique et critique de la mondialisation:

«Historically, pandemics have forced humans to break with the past and imagine their world anew. This one is no different. It is a portal, a gateway between one world and the next. We can choose to walk through it, dragging the carcasses of our prejudice and hatred, our avarice, our data banks and dead ideas, our dead rivers and smoky skies behind us. Or we can walk through lightly, with little luggage, ready to imagine another world. And ready to fight for it.» (Roy, 2020)

Le département Coopération internationale a été confronté à la tâche inédite de devoir soudain œuvrer chez nous, en Suisse, comme le siège du Croissant-Rouge pakistanais par exemple est contraint de le faire presque chaque année depuis 50 ans, c'est-à-dire de passer rapidement de pro-

grammes de travail axés sur le long terme à de la gestion de crise. Le Pakistan, avec ses 220 millions d'habitants, fait partie des pays régulièrement sinistrés. Il a connu certaines des plus grandes catastrophes naturelles de ces 15 à 20 dernières années: le séisme au Cachemire en 2005, les inondations dans le bassin de l'Indus en 2010 et un autre séisme dévastateur en 2015, dans la zone la moins développée du pays. D'autres Sociétés sœurs de la CRS doivent fréquemment faire face à des situations de catastrophe naturelle qui, dans des régions déjà en proie à la violence et à la guerre, accablent encore plus la population et la plongent dans la misère et le désespoir.

Les circonstances actuelles – imputables au coronavirus –, de par leur similarité, font que nous nous sentons subitement beaucoup plus proches et solidaires de nos Sociétés sœurs. Nous réalisons aujourd'hui qu'elles doivent poursuivre leur mission dans des conditions souvent bien plus difficiles que celles que nous connaissons en ce moment.

Dans cette crise sanitaire globale, la solidarité et la coordination internationales sont capitales. La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge les a assurées en démontrant, avec à ses côtés le Comité international de la Croix-Rouge, tout ce que le Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge est capable d'accomplir à l'échelle planétaire quand on a besoin de lui. Au total, près de 30 milliards de francs suisses ont été affectés, par le biais du réseau du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, à la protection et à l'aide aux personnes en détresse pendant la pandémie. Grâce à nos douze millions de bénévoles partout dans le monde, ce sont plusieurs centaines de millions de personnes qui ont pu en bénéficier. L'ONU et de nombreux gouvernements qui n'avaient peut-être pas une relation très ouverte avec leur propre Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge étaient soudain ravis de la coopération et de l'assistance ainsi apportée dans cette crise qu'ils n'auraient jamais pu surmonter seuls. La Suisse, comme les pays du Sud, a salué le rôle – essentiel pour les autorités – joué par la CRS dans la gestion des crises humanitaires. C'est pour cela qu'il importe tant de reconnaître et de soutenir les Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge dans leur statut particulier d'«auxiliaires indépendants des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire». En Suisse aussi, on était heureux qu'il existe une organisation jouissant d'un réseau mondial sur laquelle on pouvait compter. Et au sein même du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, on a ressenti une grande solidarité. Le défi global représenté par le coronavirus s'est mué en chance de coopération plus étroite et mieux coordonnée dans notre mouvement humanitaire international.

Qu'est-ce qui vous a le plus impressionnés tous les deux, dans la mesure où vous pouviez juger vous-mêmes de la situation sur le terrain de l'aide humanitaire? Qu'est-ce qui vous a frappés du côté des intervenants, des collaborateurs professionnels et des nombreux bénévoles? Et du côté de la population impactée?

Christine Kopp: Même si cela peut sembler banal comme constat de crise, il y avait quelque chose de très émouvant dans les marques de solidarité individuelles. Une crise nous ramène à nos besoins élémentaires. L'aide est simple mais concrète, par exemple faire les courses, veiller sur ceux qui sont seuls, ou juste parler un peu. On a vu naître de nombreuses initiatives de la population, à commencer par l'aide de voisinage direct ou de quartier, les gens s'étant unis au pied levé. Sans oublier l'action de tous les bénévoles engagés de la CRS, qui ont soutenu les personnes vulnérables dans la vie de tous les jours. Le film de la CRS sur la solidarité simple des bénévoles dans un quotidien chamboulé par le coronavirus m'a énormément touchée. Dans mon domaine, j'ai trouvé impressionnant de voir des professionnels de disciplines très différentes s'associer en un clin d'œil pour s'atteler aux questions en suspens et résoudre les problèmes ensemble. J'ai fait de nouvelles connaissances presque chaque jour: des chercheurs, avant même qu'ils ne forment le comité consultatif scientifique de la Confédération, des membres du personnel des autorités publiques, des collègues de la CRS. Cela nous a permis, entre autres, de commander et de donner accès à du matériel de protection pour la Confédération et la CRS, de faire traduire l'application SwissCovid dans les langues de la migration et d'ouvrir le drive-in de dépistage avec le canton de Berne. C'est absolument fabuleux de voir tout ce qu'on peut accomplir en s'alliant en temps de crise.

Thomas Gurtner: C'est vrai. Je dirais que la solidarité spontanée qui s'est exprimée est quelque chose d'universel. Nous l'observons chaque fois qu'une crise éclate. La situation sanitaire liée au coronavirus est cependant plus délicate aujourd'hui qu'initialement. C'est l'un des grands défis de la gestion de crise que de maintenir dans la durée la solidarité à l'échelle mondiale, nationale, régionale, communale et individuelle. Les crises ont tendance à être longues, et on ne peut pas en prédire la fin. Il faut donc s'attendre à ce que la solidarité s'essouffle petit à petit. La pandémie de Covid-19 est une crise mondiale dont on ignore encore l'ampleur à long terme, mais dont auront probablement à souffrir des millions de personnes pendant des années. L'aide matérielle aux victimes demeurera importante, mais le soutien psychologique le deviendra encore plus avec le temps. Or si la solidarité peut vite se manifester, elle peut tout aussi vite se dissiper quand la crise s'installe et prend un caractère de «normalité».

On constate déjà – comme souvent en période de crise – un durcissement dans le débat, un peu partout. Si, au début, on est prêt à accueillir par exemple les personnes menacées, qu'il s'agisse de réfugiés ou de déplacés, qu'on leur ouvre des portes et leur offre protection, dès qu'on pressent un risque

pour sa propre existence, on est sur la défensive. C'est précisément là que les organisations d'aide humanitaire, et parmi elles les Sociétés nationales de la Croix-Rouge, doivent communiquer rapidement et avec force. Le Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge défend des valeurs humanitaires fondamentales reconnues. C'est là-dessus que nous devons bâtir notre communication et, par notre action humanitaire – notamment grâce à notre vaste réseau international de bénévoles –, donner l'exemple de la solidarité et appeler la population à le suivre.

Christine Kopp: Oui, la réactivation de la solidarité est une question primordiale, je partage cet avis. Je viens d'ailleurs de voir des résultats d'enquête de l'OFSP qui le confirment. Dans l'ensemble, les mesures de sécurité sont bien acceptées et respectées. L'affaire se corse toutefois avec la persistance de la pandémie, et ce n'est pas surprenant compte tenu du repli sur soi et des effets sur la santé mentale, des dépressions et des autres affections psychiques. Les individus, la société tout entière, ont de plus en plus de mal à endurer cette épreuve. En tant qu'organisation humanitaire, nous devons nous réengager plus activement, maintenant que la vague de solidarité spontanée, naturelle, est devenue difficile à entretenir.

Dans sa Stratégie 2030, la CRS a prévu, entre autres, de renforcer la capacité de résilience des individus et des communautés. Comment concrètement, si l'on prend l'exemple de la pandémie de Covid-19? De quelle manière la CRS contribue-t-elle à atténuer et réduire la vulnérabilité? Comment promeut-elle la solidarité par son action?

Thomas Gurtner: La mission future du département Coopération internationale est claire. Cette pandémie nous l'a parfaitement montrée. Nous devons bien mieux appréhender le rôle essentiel de nos Sociétés sœurs dans leurs pays respectifs et revoir notre soutien afin qu'elles n'aient plus seulement pour tâche de mener des programmes sociaux et sanitaires de qualité avec notre aide financière, mais soient habilitées à définir elles-mêmes leurs priorités. À l'avenir, nous devons promouvoir davantage leur autonomie financière et favoriser durablement leur propre résilience institutionnelle.

Christine Kopp: Il est d'autant plus important aujourd'hui d'agir sur le plan de la santé psychique qu'à la longue, la lassitude a gagné la population. Nous devons tenter de la préserver du mieux que nous pouvons en luttant contre l'isolement. Il s'agit maintenant d'évaluer avec nos nombreux bénévoles ce que nous pouvons proposer de concret en la matière. Une approche judicieuse est de mettre les personnes isolées en relation pour les inciter à sortir de la solitude et, de cette manière, à renforcer mutuellement leur résilience. Car la vie recluse imposée par le coronavirus ne fait qu'aggraver la solitude de personnes déjà isolées et suscite aussi toutes sortes de peurs. Là encore, les plus éprouvés sont ceux qui souffraient déjà de troubles psychiques avant la crise. Les peurs, réelles ou imaginaires, sont entretenues et exacerbées par

de nouvelles angoisses. Il y a dans ce domaine un effort à faire de la part de la CRS, qui a tous les atouts en main en tant qu'œuvre d'entraide spécialisée dans la santé. Il faut notamment promouvoir les initiatives personnelles, dont nous avons eu des illustrations si frappantes. Les outils numériques nous offrent le moyen pour que les gens se mettent en réseau sans que des collaborateurs de la CRS servent nécessairement d'intermédiaires. Nous devons faire évoluer les choses dans ce sens, sans hésiter à céder une part du contrôle.

Vous avez déclaré tous les deux que la crise sanitaire s'est accompagnée du développement d'une collaboration fructueuse et de l'émergence de potentiels de synergies entre l'action à l'étranger et l'action en Suisse de la CRS. Cette expérience a-t-elle livré des éléments d'intérêt pour votre travail humanitaire futur? Notamment pour accroître la résilience des personnes vulnérables, atténuer et réduire la vulnérabilité, enfin, promouvoir la solidarité au sein de la population?

Christine Kopp: Je parle du point de vue de l'action en Suisse, donc des synergies potentielles entre organisations membres de la CRS dans le pays. Je suis convaincue que les organisations membres doivent collaborer plus étroitement. Les choses ont d'ailleurs déjà commencé à évoluer dans ce sens. Nous pouvons constituer ensemble un soutien plus actif pour la santé publique suisse. Les samaritains notamment ont démontré l'importance de leurs compétences de base dans le domaine de la santé. Il faudra suivre à l'avenir les enseignements tirés de la pandémie.

C'est là une incitation au renforcement de la coopération entre organisations membres de la CRS à l'échelle nationale. Qu'en est-il de la coopération plus large entre «l'étranger et la Suisse»?

Thomas Gurtner: Nous avons appris à mieux travailler ensemble, et je dirais peut-être aussi à nous considérer et valoriser l'un l'autre davantage. Et cela peut encore se développer. Nous représentons, au Siège de la CRS, les deux départements opérationnels, ce qui suppose une bonne coopération. Dans la gestion de crise et de catastrophe en particulier, nous devrions dorénavant nous réunir pour analyser la situation: sommes-nous parés pour l'avenir? Sommes-nous efficaces? Sommes-nous aujourd'hui en meilleure position pour répondre qu'il y a encore quelques mois? Nous avons dépassé le cap de la réaction d'urgence, nous sommes de fait au cœur d'une crise qui est devenue chronique. Quelles réponses humanitaires pouvons-nous apporter? La facette «communication» de l'aide redevient plus importante.

Maintenant que la crise est sur le point de devenir «normalité»?

Thomas Gurtner: Précisément. Maintenant que la crise fait lentement partie du quotidien, qu'elle n'a plus rien de nouveau ni de fascinant. Je pense qu'il y a lieu d'évaluer encore mieux, à présent, où et comment intervenir le plus efficacement, par exemple rechercher et analyser où se concentrent

au juste les difficultés sociales, en Suisse mais aussi dans nos zones d'intervention à travers le monde, qui exactement sont les «plus vulnérables» ou les «plus marginalisés», et où nous pouvons apporter la «valeur ajoutée humanitaire» la plus pertinente dans les mois à venir. Il est important aussi de réfléchir aux instruments de notre action humanitaire. Lesquels nous permettront d'atteindre le plus sûrement nos objectifs? Nous disposons de quantité d'instruments. Même s'ils n'ont jamais été utilisés au niveau national, il serait aisé de les obtenir très vite, par exemple auprès de la Croix-Rouge danoise ou norvégienne, ou naturellement de nos propres spécialistes de la gestion de crise humanitaire internationale. Nous pourrions rapidement organiser la logistique ou mettre également quelque chose sur pied en Suisse. Je trouve que nos deux départements savent collaborer plus étroitement depuis la crise sanitaire et comprennent mieux, désormais, le contexte de travail, national ou international, de l'autre. La crise du coronavirus est également une chance pour l'action humanitaire: celle de définir des scénarios et des priorités sur la base d'une analyse systématique. Il est essentiel que nous concentrions nos efforts car nous ne pouvons pas nous occuper de tout. Nous devrions nous focaliser sur nos points forts. Un travail de plaidoyer pertinent et une communication active sont par ailleurs indispensables pour soutenir les plus durement touchés par la crise.

Bibliographie

Roy, A., R. (3 avril 2020). The pandemic is a portal. (article). Consulté sur: <https://www.ft.com/content/10d8f5e8-74-eb11ea-95fe-fcd274e920ca>

Le coronavirus et la coopération au développement¹

Unis dans l'inquiétude

Les pays pauvres sont touchés de plein fouet par les conséquences de la pandémie de coronavirus. La CRS intervient dans les régions où elle a dépêché des délégués œuvrant à la coopération au développement. Quatre d'entre eux se livrent et partagent leur vision des grands défis à relever par-delà les frontières.

Maya Helwani, déléguée CRS en Syrie

Ma petite équipe et moi intervenons déjà dans des conditions difficiles. Depuis le coronavirus, notre travail tient de la gageure. Les frontières sont fermées et nous ne sommes pas libres de nos mouvements. Je ne sais pas quand je pourrai revoir mes proches. Je m'inquiète pour leur santé. Je maintiens un contact virtuel avec eux et concilie tant bien que mal vie professionnelle et vie privée. La CRS soutient le plan d'intervention d'urgence Covid-19 du Croissant-Rouge arabe syrien (SARC), notamment dans la promotion de l'hygiène et l'équipement des centres de santé et des ambulances. D'où un renforcement des liens entre la CRS et le SARC – c'est le côté positif de l'épreuve que nous traversons. A l'inverse, nos autres missions, comme l'amélioration de l'accès à l'eau, accusent du retard.

Nicola Malacarne, délégué CRS au Bangladesh

J'interviens dans le district de Cox's Bazar, où depuis 2017 près de 1 million de personnes en provenance du Myanmar vivent dans des camps. La pauvreté est généralisée et la plupart des réfugiés vivent au jour le jour. Le filet de sécurité sociale est quasiment inexistant. Si l'emploi informel disparaît, la sécurité peut très vite se dégrader. C'est là ma principale inquiétude. Suite au confinement, je réduis mes déplacements au strict minimum. Hormis une sortie hebdomadaire au marché pour faire mes courses, je reste chez moi ou au bureau. Sur le plan privé aussi, nos vies sont limitées. En dépit des difficultés d'accès aux camps de réfugiés de Cox's Bazar, nous parvenons à y maintenir les

prestations de santé moyennant l'observation de règles strictes. Pour l'heure, notre travail de sensibilisation est exclusivement axé sur le Covid-19.

Thomas Okollah-Oyugi, délégué CRS au Ghana

La CRS a réussi à intégrer rapidement les mesures de lutte contre l'épidémie aux activités d'amélioration de l'hygiène, permettant ainsi à la Croix-Rouge de compter parmi les premières organisations au Ghana à participer activement à l'effort. En raison de l'interdiction de rassemblement, nos bénévoles ne peuvent plus se rendre dans leurs villages pour y mener leur travail de sensibilisation habituel. Face à l'urgence aujourd'hui d'alerter sur le coronavirus, nous tentons d'interpeller la population à la radio.

Le plus dur pour moi est de ne pas pouvoir voir ma femme et mes enfants, qui sont au Kenya, mon pays d'origine. Je crains qu'ils ne tombent malades en mon absence. Et comme pour tant d'autres ici, l'inflation galopante n'arrange rien à la situation.

Oihane Olaetxea, déléguée CRS en Haïti

En Haïti aussi, la CRS participe à la lutte contre le coronavirus. Elle relaie la Croix-Rouge locale dans son action de sensibilisation aux risques et dans l'installation de dispositifs de lavage des mains. Comment aider au mieux la population tout en assurant la sécurité de mon équipe? Voilà la question qui me préoccupe le plus en ce moment. Les retards éventuels dans la coopération au développement à long terme et notamment dans la prévention des catastrophes au sein des communes exposées m'inquiètent. La situation a porté un coup dur à notre travail.

L'incertitude, accentuée par des informations qui changent en permanence, est très pesante. Enfin, nombreux sont les Haïtiens qui ne croient pas au danger que représente le Covid-19.

¹ Les portraits sont tirés de: Bundi, F. et Francillon, C. (2/2020). Le Covid-19 dans le monde. Unis dans l'inquiétude. Croix-Rouge suisse, Magazine Humanité, pp. 12-13

Femmes-Tische et Hommes-Tische Suisse – Le coronavirus oblige à improviser

Les tables rondes Femmes-Tische et Hommes-Tische sont destinées à favoriser le dialogue et réunissent des participantes et participants de toutes origines, venus parler dans leur langue de questions liées à la famille, la santé et l'intégration. Ces rencontres à bas seuil sont proposées en une vingtaine de langues, dans le quartier ou la région, et encadrées par des animatrices ou animateurs spécialement formés, qui mènent la discussion et transmettent des informations. Au cœur des échanges, le partage d'expériences personnelles. Femmes-Tische, créé en 1996, et Hommes-Tische, qui a suivi en 2014, touchent quelque 12 000 personnes par an, en Suisse et au Liechtenstein. Les tables rondes sont organisées au niveau cantonal par des institutions qualifiées qui peuvent s'appuyer sur un réseau solide. Le programme national sous licence a été plusieurs fois récompensé.

Isabel Uehlinger, responsable de l'offre Femmes-Tische et Hommes-Tische, nous dépeint l'adaptation des activités du programme à la situation sanitaire.

Quelles répercussions le coronavirus a-t-il eues pour vous en tant que responsable de l'offre Femmes-Tische et Hommes-Tische? Sur le fonctionnement du programme, mais aussi sur le travail des responsables d'animation des tables rondes et pour les participantes et participants, majoritairement issus de la migration?

Isabel Uehlinger: Notre organisation a dû apprendre à composer avec cette pandémie soudaine qui s'est rapidement étendue, en essayant de prendre les «meilleures décisions». L'ensemble de la société a été pris de court! Nous avons d'abord pensé suspendre tout ce qui n'était pas absolument indispensable. Le mot d'ordre était initialement d'annuler les activités bénévoles. Nous travaillons avec des animatrices et animateurs bénévoles – nos tables rondes, qui s'adressent avant tout aux migrants, reposent entièrement sur leur engagement. Pourtant, leur réaction quand nous avons émis la consigne d'arrêter les tables rondes nous a aussitôt fait réaliser que c'était une mauvaise idée. Ils ont attiré notre attention sur le fait que de nombreux migrants et migrantes n'avaient pas bien saisi ce qui était arrivé, ne savaient pas quelle conduite tenir et étaient pris d'inquiétude. Les priver en plus d'informations et de contacts aurait été contreproductif. Il y a eu par exemple ce baptême à Genève,

avec plus de 200 personnes, alors que le confinement avait déjà été annoncé. A l'évidence, le message ne passait pas. Nous avons dès lors su que nous ne voulions et ne pouvions pas accepter cela. Le personnel d'animation était très motivé pour trouver un autre mode de communication. Chacun, de par son rôle, se sentait en devoir d'aider sa communauté, voulait pouvoir répondre à ses requêtes. Alors, nous avons rédigé en quelques jours, deux semaines au plus, des instructions à l'attention de nos centres pour passer à des offres de réunions en ligne. Tous les animateurs ont dû suivre une formation et s'adapter. A cette occasion, nous avons découvert qu'ils maîtrisaient la technique, qu'ils étaient même très à l'aise avec les appareils, et qu'ils pouvaient gérer un tas de choses avec leur smartphone. Même les migrantes âgées, animatrices chez nous, n'ont pas eu peur; elles savaient se débrouiller et ont pu rapidement s'adapter. Et les tables rondes en ligne ont débuté: sur des forums de discussion, Skype, WhatsApp et même Zoom. Pour le fond, il s'agissait de faire comprendre de quoi il retournait et comment se comporter dans cette pandémie, et aussi de voir quels étaient les doutes concernant l'application des mesures décrétées. En substance, nous avons traduit en diverses langues les directives de l'OFSP afin que les animateurs puissent les transmettre oralement dans leurs communautés respectives. Grâce au format interactif des sessions, les participantes et participants pouvaient poser des questions, comme en présentiel.

Il y en a d'ailleurs eu beaucoup, et de très spécifiques, du type: «Notre appartement est trop petit; les enfants jouent dans la cage d'escalier. Et puis nous habitons dans un immeuble; les enfants des voisins sonnent chez nous et veulent entrer. Qu'est-ce que je dois faire?»

Les questions qui préoccupaient les gens concernaient donc plutôt le quotidien?

Exactement. Un quotidien caractérisé par l'exigüité, la promiscuité. Les nombreux retours positifs nous ont montré que nos informations et conseils au sujet du coronavirus se diffusaient, que notre réseau fonctionnait parfaitement. Cela a bien motivé nos animateurs! Nous étions également en contact avec l'OFSP, qui nous a accordé une subvention pour nos services de communication destinés à la population migrante.

Pour vos prestations complémentaires spécifiques à la pandémie dans le cadre du projet Femmes-Tische et Hommes-Tische?

Oui, pour la formation des animateurs à l'offre numérique et leur accompagnement. Les responsables ont eu avec eux des échanges d'expériences réguliers en distanciel, collectifs comme individuels. Il y avait des points d'interrogation, et certains animateurs se sentaient arriver aux limites de leurs capacités, parce que les problèmes quotidiens des participants aux tables rondes devenaient toujours plus sérieux, leur existence plus menacée, entre autres à cause des emplois perdus et du manque de moyens financiers.

Les animateurs ont-ils aussi assumé de nouveaux rôles depuis le début de la crise?

La question du juste équilibre entre empathie et distance ne date pas d'hier; elle revient sans cesse dans l'accompagnement des équipes d'animation. Mais la crise a encore accentué la difficulté, les animateurs étant eux-mêmes isolés à cause du coronavirus. Restés à l'écoute des participants et de leurs nombreux problèmes, il leur manquait en revanche les échanges en personne entre eux, l'intervention. C'est là que nous avons décidé de tirer des leçons de cette crise et de ses conséquences pour notre programme. Il y avait bien sûr aussi des éléments encourageants, par exemple que notre projet – le réseau Femmes-Tische et Hommes-Tische – marchait en dépit de la situation et que nous étions capables de proposer quelque chose d'essentiel même dans des conditions très restrictives. C'est le contact qui nous distingue, et c'est le contact qu'il faut savoir garder en période de crise comme durant cette pandémie.

La crise sanitaire a été l'occasion pour les animatrices et animateurs des tables rondes de commencer à mener des entretiens et consultations individuels avec les migrantes et les migrants, allant de cinq minutes à une heure entière, pour aborder les différents besoins et questions.

Certains ont également entrepris d'enregistrer, entre autres, des directives de l'OFSP, puis de partager les messages audio sur Facebook, cela à un moment où l'OFSP n'était pas encore si avancé.

A cet égard, vous avez accompli un véritable travail de pionnier dans le domaine de l'information. Les autorités en ont d'ailleurs pris conscience par la suite, l'ont reconnu et salué.

Oui. Nous avons l'avantage d'être une organisation de petite taille, avec des voies de communication directes. Nous jouissons d'une grande souplesse et apprenons vite par notre groupe cible, les participantes et participants à nos tables rondes, quels sont les besoins concrets.

Les animatrices et animateurs n'ont-ils pas atteint leurs propres limites en termes de temps aussi, compte tenu de tous les besoins et attentes du groupe cible?

C'est un fait. Nous avons vite compris qu'il fallait les soutenir comme il se doit. Avec ce mode de fonctionnement par Internet, il est toujours plus difficile de fixer la limite. Mais en plus d'être très sollicités comme animatrices ou animateurs de Femmes-Tische ou Hommes-Tische, ils devaient encore, sur le plan privé, rester en contact avec leurs familles, parfois dispersées dans le monde entier. Souvent, ils avaient encore l'oreille collée au portable la nuit, en raison du décalage horaire, et trouvaient à peine le repos.

Ils étaient donc sollicités 24h/24?

Exactement. Ce sont des acteurs clés qui ont un important réseau social. Ils jouissent en conséquence, dans leurs communautés de migrants, d'une réputation de personnes serviables, et veulent se montrer à la hauteur même en temps de crise. La plupart ont encore une activité à côté pour gagner leur vie, activité qu'ils ont bien sûr dû continuer de mener. Sachant qu'ils devaient aussi se déplacer pour leur travail, que ce soit dans les soins ou l'entretien. Aujourd'hui encore, cela fait beaucoup de tâches qui se cumulent.

Toutes ces charges psychiques, déjà difficiles à assumer avant la pandémie, ont encore été amplifiées par la crise. Comment ont-ils géré cela?

Beaucoup avaient déjà connu des situations comparables de par leur passé migratoire. Pendant leur fuite et même une fois arrivés dans leur pays d'accueil – où les perspectives (de rester) peuvent demeurer longtemps floues –, ils ont dû apprendre à vivre dans l'incertitude. Avec la crise du coronavirus, ce sentiment a quelque peu refait surface. Ils le connaissent mieux que nous, Suisses, habitués pour la plupart à une vie sûre. Eux sont généralement mieux préparés: ils ont développé des ressources et gagné en résilience dans les crises qu'ils ont déjà traversées. Il n'empêche que cela a ravivé de vieilles angoisses refoulées chez certains. J'ai par exemple entendu parler de personnes qui faisaient des stocks de provisions comme en temps de guerre. Une Syrienne a ainsi acheté des kilos de farine afin d'avoir assez de réserves pour faire son pain. Chez une minorité, on a bien senti que les gens avaient été replongés dans leur douloureux passé et que tout revenait à la surface. Mais dans l'ensemble, on a pu remarquer qu'ils sont plus résilients et ne se laissent pas aussi facilement déstabiliser. Contrairement à eux, nous avons été confrontés à une situation inédite avec le premier confinement. En tout cas, bon nombre d'entre nous – tous ceux qui n'ont pas connu la guerre ou une autre véritable menace pour leur existence.

Ont-ils aussi développé des stratégies concrètes pour faire face parce qu'ils connaissent déjà ce genre de situation?

En effet, et souvent inconsciemment, semble-t-il. Nous avons déjà observé avant la pandémie que le renforcement des ressources personnelles à travers les tables rondes contribue à préserver et à accroître la résilience des migrants. Ils savent ce dont ils ont besoin et viennent le chercher auprès de Femmes-Tische et Hommes-Tische. Le réseau social qu'ils ont acquis en y participant constitue une ressource importante, particulièrement utile dans une situation de crise comme celle que nous vivons.

Une autre force tangible a été et reste la solidarité, que ce soit entre les participants à nos tables rondes, entre les animateurs, ou entre ceux-ci et les participants, les migrants. J'ai veillé à transmettre à tout le personnel d'animation les remerciements officiels de l'OFSP pour Femmes-Tische et Hommes-Tische. L'OFSP s'est déclaré très impressionné par l'accessibilité et le bon fonctionnement de notre projet en période de crise, à un moment

où d'autres réduisaient, voire suspendaient, leurs prestations de services. Cela a redonné de l'énergie aux animateurs pour poursuivre leur engagement.

La crise sanitaire a fait réaliser aux autorités qu'elles ont du mal à atteindre elles-mêmes les personnes vulnérables. Elles se sont mises à apprécier à leur juste valeur l'expérience et le rôle central des organisations et projets relativement petits et à bas seuil tels que Femmes-Tische et Hommes-Tische, qui maintiennent en tout temps un bon contact avec le groupe cible.

Les autorités viennent de prendre conscience de cela – et aussi de la nécessité de reconnaître officiellement ce travail.

Cette prise de conscience et cette reconnaissance suffiront-elles à faire perdurer au-delà de la pandémie les bonnes dispositions des autorités à l'égard des offres et projets communautaires pour les personnes vulnérables?

Elles ont compris que, pour tout ce qui touche à la communication de crise, elles n'arrivaient pas à atteindre elles-mêmes ces groupes cibles et dépendaient de médiateurs ou d'organisations et de services proches du terrain pour leur transmettre les informations et les mesures à appliquer. Le bilan positif que l'OFSP a tiré de notre collaboration au cours de la première vague nous a mis en position de lui soumettre une offre en vue d'un maintien de notre soutien dans le cadre de la crise qui se profile durant les mois à venir. Il met désormais les ressources nécessaires à notre disposition, ce qui est nouveau. Nous sommes à présent mieux placés également dans notre relation, nous bénéficions d'une communication directe et rapide.

Quels enseignements pouvez-vous tirer pour le long terme et une éventuelle persistance de la crise?

Pour moi, les questions qui se posent sont les suivantes: quelles expériences avons-nous faites avec ces «tables rondes en ligne ad hoc»? Qu'est-ce qui a été positif, efficace et digne d'être maintenu? Quels sont en la matière les critères de qualité à respecter? De quelles formations et de quel accompagnement nos animateurs ont-ils encore besoin pour cela? Qu'allons-nous abandonner, et pourquoi, ou qu'allons-nous ne conserver que pour parer à l'urgence? Il nous faut maintenant

nous pencher sur tous ces points importants dans le cadre d'une évaluation.

La pratique a également montré que la pandémie, avec tous ses défis pour les prestataires de services, a d'une certaine façon stimulé l'innovation. Il a fallu trouver des alternatives, par exemple proposer une version numérique des offres.

Je trouve discutable ici d'employer le terme «innovation»: il a plutôt fallu faire preuve d'«improvisation», et très vite! Il est possible que cela puisse avoir un certain potentiel d'innovation à plus long terme, mais nous ne devons pas nous sentir comme toujours obligés de tout valoriser et de faire même de la gestion de crise un «modèle d'innovation». A mes yeux prime l'exigence – à laquelle nous essayons de satisfaire – de ne pas oublier les plus isolés ou ceux qui sont tout au bas de l'échelle, ceux qui apprennent les derniers ce qu'une super campagne médiatique voudrait mais ne peut pas faire passer. Il s'agit, en somme, d'avoir une réflexion sur ce que nous avons fait changer et de nous demander si nous avons effectivement touché tous ceux que nous voulions toucher, selon la devise «ne laisser personne de côté».

Sauf que satisfaire à de telles exigences n'est pas envisageable sans la moindre aide financière ou ressource...

C'est vrai. J'étais d'ailleurs préoccupée ces derniers temps parce que les collectes de la Chaîne du Bonheur, par exemple, étaient réservées aux grandes associations caritatives. Les «grandes» organisations, qui ont reçu des aides, ont suspendu en partie leurs activités bénévoles sur le terrain. Les «petites», qui ont continué leur travail, n'ont rien vu de ces fonds. J'ai donc d'autant plus apprécié que l'OFSP ait pu soutenir notre projet. La Croix-Rouge suisse aussi nous a donné un coup de pouce, et nous l'en remercions.

Le coronavirus nous a fait aller de l'avant, c'est sûr. Simplement en nous forçant à entreprendre, du moins à tenter, quelque chose dans l'urgence sans avoir pu étudier avec soin au préalable les avantages et les inconvénients éventuels. Nous en avons tiré de grands enseignements.

A savoir, par exemple, qu'il y a des avantages à tenir les tables rondes de Femmes-Tische et Hommes-Tische en ligne, parce que cela permet d'y participer où que l'on se trouve?

Exactement. Les femmes ayant des enfants en bas âge ont par exemple trouvé ça formidable et souhaitent conserver ce format. Il est certain que nous devons encore en évaluer les avantages et les inconvénients pour le groupe cible des plus âgés. Toujours est-il qu'ils ont réussi à s'approprier les outils numériques de façon surprenante. A priori, ils ont apprécié. Ce qui m'intéresse à présent, c'est d'échanger avec d'autres organisations telles que Pro Senectute, de faire le point sur leurs expériences avec le groupe cible des «aînés» dans le cadre de la numérisation de leurs offres et d'apprendre ce qu'elles en retiennent pour l'avenir. Pourrait-on envisager de créer demain plus d'offres en ligne pour cette tranche d'âge?

Je pense que les migrants âgés ont plus d'affinités avec le numérique que nos propres aînés, car ils sont déjà familiarisés avec ces formes de communication, nécessaires pour surmonter la distance qui les sépare de leurs familles éparpillées dans le monde. Ils savent d'expérience que l'on peut tout à fait partager des émotions de cette manière.

Sur le terrain et dans la pratique

Ellen Glatzl, mère de trois enfants et responsable du centre Femmes-Tische d'Uzwil, a été en contact étroit avec des familles issues ou non de la migration au cœur de la crise sanitaire. Elle nous parle de son expérience.

D'après votre expérience, quelles ont été les principales répercussions de la crise sanitaire sur la situation familiale des participantes à Femmes-Tische?

Ellen Glatzl: C'était du jamais-vu, pour tout le monde. Au tout début, les gens avaient extrêmement peur de ce virus. Certains ne savaient pas de quoi il retournait ou même ce que signifiait «virus». Après cette première confrontation avec le sujet par le biais des médias et des discussions dans notre groupe, les familles ont commencé à saisir le problème et à s'organiser entre elles. J'ai pu constater moi-même que beaucoup de personnes issues de la migration étaient encore plus préoccupées pour leur famille au pays. La notion de distanciation sociale prend là une toute autre ampleur: non seulement on ne peut pas sortir et se réunir avec son entourage proche, mais on ne peut pas rendre visite à sa famille, qui vit à l'étranger. Ces restrictions, les émotions qu'elles suscitent, l'impuissance et l'incertitude – tout cela est très pesant.

Quels ont été, de votre point de vue, les plus grands défis pour les familles auxquelles vous avez affaire? Et comment ont-elles cherché à les surmonter?

Ellen Glatzl: Les plus grands défis étaient l'école à la maison, la distanciation sociale, la quarantaine et l'isolement en général, qui leur a fait passer énormément de temps ensemble dans un espace très restreint. Beaucoup de femmes étaient heureuses et reconnaissantes pour chaque entretien, chaque occasion d'échanger. Dans cette situation inédite, il était très important d'avoir des contacts quasiment quotidiens avec elles. La documentation de différentes sources leur a progressivement permis d'éclaircir un peu les choses et d'avoir une représentation plus concrète des principaux aspects du nouveau quotidien. En ce qui concerne l'école à la maison, la plupart ont pu compter sur le soutien des plus grands enfants de la famille. Les enseignants sont également intervenus, comme nous-mêmes lorsque c'était nécessaire. Il était essentiel de veiller à ce que le déroulement des

journées soit bien réglé: j'ai beaucoup insisté sur ce point auprès des femmes. Avec leurs familles, elles ont pris la distanciation sociale très au sérieux. Je pourrais vous citer des exemples de gens qui n'osaient plus mettre un pied devant la porte. Il a fallu leur faire prendre conscience que l'activité physique au grand air et au soleil fait du bien et peut tout à fait se pratiquer dans le respect des règles.

Malgré les enfants astreints à l'enseignement à domicile, les maris soudain confinés à la maison et ayant besoin de temps pour prendre leurs marques dans ce contexte de télétravail avec les enfants à côté, les femmes sont restées positives, essayant de tout coordonner et concilier.

Personnellement, il me semblait capital que ces femmes – tout comme moi – trouvent du temps pour elles, pour s'offrir des moments de détente où puiser de l'énergie. Du coup, les idées nouvelles ont fleuri: entre autres, apprendre à faire du vélo, lire davantage en allemand, aller se promener, essayer des recettes, peindre ou bricoler.

Quelle aide avez-vous pu proposer chez Femmes-Tische?

Ellen Glatzl: Le programme Femmes-Tische me tient très à cœur. Avec la crise sanitaire, j'ai encore plus pris la mesure de l'importance d'un bon réseau pour les personnes issues de la migration. Se soutenir mutuellement, se comprendre et prêter une oreille attentive aux besoins de l'autre, tout cela peut avoir un effet considérable. Le seul fait de savoir qu'il y a quelqu'un vers qui vous pouvez vous tourner en cas de tracas vous conforte. Des gens appelaient à tout moment pour les demandes les plus variées. En plus de les écouter, nous avons pu servir de médiateurs et les orienter vers les services appropriés. Dans nos discussions, nous avons abordé des problèmes comme la violence domestique, les tensions intrafamiliales, l'isolement, la dépression, les soucis financiers, le chômage ou la perte de proches. Ce qui m'a motivée, c'est la gratitude que l'on m'a témoignée de toutes parts et l'énergie des femmes au téléphone, en dépit de la situation particulièrement difficile.

Nous ne devons pas perdre confiance en l'avenir

A 61 ans, Jusuf Musić est coordinateur du groupe de seniors actifs du village de Dragunja, près de Tuzla, en Bosnie-Herzégovine. Mobilisé pendant la guerre de 1992–1995, il a été blessé au combat et est depuis retraité de l'armée. Il a longtemps souffert d'un trouble de stress post-traumatique et reste profondément marqué par les souvenirs du conflit. La création d'un réseau de seniors actifs avec d'autres personnes âgées de son village a fait naître en lui un nouvel optimisme. Ayant conservé une riche vie sociale, il s'est proposé pour prendre la tête du groupe. Yusuf voit cette initiative comme un lieu où chacun peut contribuer à faire grandir le sentiment collectif. Lui qui a eu honte de demander de l'aide alors qu'il avait atteint le tréfonds du désespoir, il se souvient que des mains secourables se sont tendues vers lui quand il en avait besoin.

«J'ai décidé d'aider les autres et que cela me rendrait heureux. Ma leçon de vie est la suivante: s'il existe un moyen d'aider une personne, vous devez l'aider. Cela ne coûte rien, mais la satisfaction que j'en retire n'a pas de prix. Aux prémices de la pandémie de Covid-19, j'ai réuni le groupe une dernière fois pour évaluer la santé et le bien-être de la population du village, et informer les membres des étapes à venir et des aspects prioritaires concernant les mesures d'hygiène, la distanciation sociale, les restrictions et le confinement. Pour les plus fringants de nos bénévoles seniors, cela s'est traduit par un engagement accru.

La pandémie a été un révélateur de la vulnérabilité de nos aînés. Dans le village, nous étions préparés, et le groupe a mis en place un système d'aide basé sur le bénévolat en faveur des personnes qui en avaient le plus besoin. Nous devons toujours avoir une pensée pour les personnes fragiles parmi nous. Un exercice de cartographie sociale mené au niveau local nous a permis de découvrir que dans nos quartiers, des personnes ont des difficultés à préparer leurs repas parce qu'elles n'en ont pas la capacité financière ou physique. J'ai pris mon rôle de coordinateur très à cœur et tenté de rassembler toutes les ressources disponibles. J'étais déjà en relation avec le centre social et la soupe populaire de Tuzla, qui avaient accepté de fournir des repas à huit personnes du village en 2018. Mais depuis le début de la crise sanitaire, des personnes âgées, fragiles et à la santé incertaine se trouvaient dans

l'impossibilité de sortir de chez elles. J'ai donc négocié pour que le dispositif de distribution des repas soit étendu à 53 bénéficiaires.

Du jour au lendemain, tout a pris des proportions considérables, j'avais dépassé les limites de ce que je pouvais assumer seul. Les gens me téléphonaient jour et nuit sans interruption, et je prenais sur moi une partie de leurs problèmes. A ce moment-là, la Croix-Rouge suisse a versé à plusieurs bénévoles du groupe une aide financière pour l'achat d'essence et leur a remis des cartes de téléphone prépayées. Comme il n'était pas question de prendre le bus, j'ai commencé à conduire des personnes chez le docteur, à la pharmacie, au magasin ou à la soupe populaire pour qu'elles y retirent des repas chauds. Certains bénéficiaires avaient besoin que leurs achats ou leurs repas soient déposés à leur chevet. Ils laissaient parfois leur porte ouverte dans l'attente de notre passage. Les bénévoles du groupe ont toute leur confiance.

C'est lors d'une journée comme celles-ci, durant le couvre-feu, que j'ai reçu l'appel d'une dame du groupe que j'étais passé voir quelques heures auparavant. Elle pleurait de douleur au téléphone. J'ai immédiatement appelé une ambulance et j'ai sauté dans ma voiture.

Une fois chez elle, je l'ai trouvée recroquevillée dans un coin de sa chambre. Je lui ai demandé ce qui se passait et j'ai essayé d'obtenir le plus d'informations possible avant l'arrivée des urgences. Elle n'avait pas l'air d'avoir fait une chute ou de souffrir d'une fracture, mais elle était toujours en pleurs. Quand l'équipe médicale s'est trouvée sur les lieux, le médecin l'a examinée et a conclu à un sentiment de solitude et à la peur d'être abandonnée. Je me suis alors rendu compte que les besoins émotionnels sont plus importants à satisfaire que les besoins matériels.

Je téléphone à cette dame encore tous les jours et je lui rends visite dès que je peux.

Le plus gratifiant pour moi est d'améliorer la vie de celles et ceux qui se sentent oubliés. Pour cette raison, j'ai mis en place en collaboration avec le centre de santé mentale de Tuzla des services de conseil à l'intention des personnes âgées isolées. L'idée était d'inciter ce public particulièrement affecté par la distanciation sociale à sortir de l'isolement en rejoignant le groupe de seniors actifs.

S'il faut trouver un bon côté à la pandémie, c'est le fait que nous sommes redevenus une communauté. Cette solidarité que nous avons presque oubliée nous a rappelé que nous pouvons seulement être aussi résilients que notre membre le plus faible.

Nous travaillons main dans la main pour faire de Dragunja un endroit où il fait bon vivre pour tous ses habitants et, les onze derniers mois, continuer à œuvrer en ce sens est devenu mon objectif personnel. Les situations, les moments, tout finit par passer. Ce qui reste, c'est ce que nous avons accompli.

Je gère également la page Facebook de notre groupe. L'échange d'informations est essentiel, et le partage de photos de l'époque pré-Covid met du baume au cœur de nos membres. Vous savez, il est bon parfois de se montrer clairvoyant et d'être attentif au climat général. Les gens ont besoin d'être encouragés. Ils avaient peur, je l'ai vu, et ont réduit leurs contacts même avec leurs familles. Il n'y a pas pire peur que la peur de l'inconnu. J'y ai pour ma part échappé; j'ai pris toutes les précautions possibles. Ce que je craignais, c'était de devoir aller chez le médecin et d'être placé en quarantaine. Je ne sais pas ce que je serais devenu. Tout ce que je voulais, c'était être libre, et aujourd'hui je n'ai aucun regret. J'ai fait tout ce que j'ai pu, et cela n'a pas changé.

S'il est indéniable que la pandémie a bouleversé nos existences, nous devons garder foi en l'avenir. Nous devons reprendre nos vies là où elles se sont arrêtées, rassembler le plus de monde possible lors de nos activités culturelles dès qu'elles recommenceront. Etre ensemble, chanter et danser, mais aussi être là les uns pour les autres, voilà ce qui nous manque le plus. Pour l'heure, tout ce que nous demandons est de pouvoir sortir de chez nous et convaincre nos voisins des quartiers isolés de participer à nos activités. A cet égard, un véhicule simplifierait le travail d'assistance communautaire en faveur des plus vulnérables.»

Autrices et auteurs

Corinna Bisegger est docteure en psychologie et se consacre aux domaines de la santé et de la santé publique. Elle dirige l'état-major Recherche et développement au département Santé et intégration du Siège de la CRS. Avec son équipe, elle a pour mission de répertorier les besoins des personnes vulnérables, de sensibiliser à cette question et d'apporter son soutien dans l'élaboration ou le perfectionnement d'offres de la CRS, dont elle vérifie également les effets.

Contact: corinna.bisegger@redcross.ch

Joëlle Darwiche est professeure de psychologie clinique au Centre de recherche sur la famille et le développement (FADO), institut de psychologie, faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne.

Contact: joelle.darwiche@unil.ch

Ilse Derluyn est professeure titulaire au département du travail social et de la pédagogie sociale de l'Université de Gand (Belgique). Son enseignement porte sur l'étude des migrations et des réfugiés. Elle mène en outre des recherches sur le bien-être psychosocial des réfugiés mineurs non accompagnés, enfants migrants et réfugiés, enfants touchés par la guerre, victimes de la traite des êtres humains et enfants-soldats.

Contact: Ilse.Derluyn@UGent.be

Hildegard Hungerbühler est diplômée en anthropologie sociale, gérontologie et travail social. Elle est engagée comme experte à l'état-major Recherche et développement, au département Santé et intégration du Siège de la CRS. Ses spécialités sont: la migration, l'intégration, l'âge (et la migration) ainsi que le genre et la diversité. Elle dirige le Forum national âge et migration.

Contact: hildegard.hungerbuehler@redcross.ch

Jolanda Jäggi est licenciée en lettres (allemand et anglais) et collaboratrice scientifique au Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS). Ses activités principales comprennent des missions de recherche sur les soins et la politique de santé.

Contact: jolanda.jaeggi@buerobass.ch

Nina Langer Primdahl est collaboratrice scientifique au département de santé publique de l'Université de Copenhague. Ses axes de recherche sont: la santé des personnes réfugiées et migrantes, la santé psychique des jeunes et l'égalité des chances en matière de santé.

Contact: nina.primdahl@sund.ku.dk

Ueli Mäder est sociologue et professeur émérite à l'Université de Bâle et à la Haute école de travail social (FHNW). Il s'est spécialisé dans les questions d'inégalités sociales, l'étude des conflits et la recherche biographique. On lui doit plusieurs études sur la richesse et la pauvreté, dont plus récemment «Geld und Macht in der Schweiz», 2015, «Zur Soziologie des Alltags», 2017, et «1968 – was bleibt?», 2018.

Contact: ueli.maeder@unibas.ch

Pasqualina Perrig-Chiello est professeure émérite de psychologie du développement à l'Université de Berne, où elle a mené des recherches en psychologie du développement dans toutes les phases de la vie ainsi qu'en relations intergénérationnelles. Elle a dirigé un programme national de recherche sur les relations entre générations et publié divers ouvrages sur le sujet, parmi lesquels «Rapport «Génération en Suisse»», 2008, «Rapport social 2016: Bien-être», 2016, et «Die Babyboomer – eine Generation revolutioniert das Alter», 2009.

Contact: pasqualina.perrigchiello@unibe.ch

Brigitte Ruckstuhl (Dr phil. hist., MPH) travaille essentiellement comme historienne indépendante et chargée de cours depuis 2009. Elle a auparavant occupé divers postes et fonctions, notamment en foyer pour femmes battues (Frauenhaus Zürich), auprès de l'Institut für Sozial- und Präventivmedizin de Zurich, de Promotion Santé Suisse et de l'Aide Suisse contre le Sida. Son axe de recherche principal est l'histoire de la santé publique (www.brigitte-ruckstuhl.ch).

Contact: brigitte_ruckstuhl@bluewin.ch

Elisabeth Ryter est historienne. Son parcours professionnel a débuté dans la fonction publique. En 2001, elle est devenue sociologue indépendante et évaluatrice dans les domaines de l'éducation, de l'égalité et du social. Depuis quelques années, elle se consacre en priorité à des sujets historiques.

Contact: elisabeth.ryter@bluewin.ch

Morten Skovdal est professeur associé au département de santé publique de l'Université de Copenhague. Ses activités de recherche portent sur les facteurs contextuels et les processus relationnels qui influent sur le recours aux services de santé et favorisent le bien-être psychosocial et les soins en collectivité.

Contact: m.skovdal@sund.ku.dk

Eva Spiritus-Beerden est doctorante au département du travail social et de la pédagogie sociale de l'Université de Gand (Belgique). Ses recherches portent sur l'identification des facteurs de risque et de protection du bien-être psychosocial chez les personnes réfugiées et migrantes dans le monde entier, notamment pendant la pandémie de Covid-19. Par le passé, elle a travaillé dans les domaines de la psychologie et de la pédagogie.

Contact: Eva.SpiritusBeerden@UGent.be

Manuel Tettamanti est docteur en psychologie et psychothérapeute FSP. Il travaille à la Consultation psychothérapeutique pour familles et couples ainsi qu'à l'unité de psychiatrie du jeune adulte, au sein du département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Contact: manuel.tettamanti@hcuge.ch

An Verelst (Dr) est chercheuse au département du travail social et de la pédagogie sociale de l'Université de Gand (Belgique). Fonctionnaire politique expérimentée, elle a travaillé dans la gestion d'organisations à but non lucratif. Elle est également psychologue experte dans les domaines des traumatismes, de la violence sexiste, de la violence armée et du terrorisme.

Contact: An.Verelst@UGent.be

POINT DE MIRE – contributions spécialisées reflétant la perspective humanitaire de la Croix-Rouge suisse

Comment une crise planétaire comme la pandémie de coronavirus se répercute-t-elle à l'échelle internationale et nationale sur la vulnérabilité et la résilience de l'individu et de la société? Comment met-elle la solidarité à l'épreuve et comment peut-elle même la refonder, notamment entre les générations? Les personnes et communautés particulièrement vulnérables visées par l'action humanitaire de la Croix-Rouge suisse (CRS) sont au cœur de cette publication. Le virus fait peser une menace sur chaque personne, indépendamment de son origine, de sa situation socio-économique, de son âge, de son sexe ou de sa conception du monde. Cependant, même face à la pandémie, tous ne sont pas égaux. Bien au contraire: cette crise accentue les inégalités sanitaires, sociales et économiques. Elle frappe ainsi de plein fouet les publics pauvres et migrants, notamment les réfugiés et les sans-papiers exposés à des conditions de vie précaires. La pandémie de coronavirus a affecté non seulement la santé psychique et l'intégration sociale des personnes âgées isolées, mais également celle des adolescents qui, du fait des mesures prises par les autorités, se sont sentis de plus en plus isolés. Les familles aussi ont été abandonnées à elles-mêmes, soumises à la double contrainte de l'emploi et de l'école à la maison. Enfin, la pandémie a creusé l'écart entre les sexes, les femmes étant particulièrement touchées par ses retombées économiques.

Outre des contributions scientifiques qui analysent les répercussions de cette situation de crise persistante sur la vie des laissés-pour-compte, la parole est donnée aux collaborateurs, bénévoles et bénéficiaires de la CRS en Suisse et à l'étranger. Des entretiens et des portraits éclairent la diversité des expériences et des stratégies mises en jeu en réponse au coronavirus. Ils dessinent une impressionnante mosaïque de la vulnérabilité, de la solidarité et de la résilience humaines et sociétales.

Les évolutions sociétales définissent le cadre du travail humanitaire mené à l'étranger et en Suisse, d'où leur intérêt pour la CRS. Pour sa part, cette dernière s'engage depuis plus de 150 ans pour apporter un soutien aux personnes vulnérables. Dans ce contexte, le Siège de la CRS passe en revue dans la série «POINT DE MIRE – contributions spécialisées reflétant la perspective humanitaire de la CRS» les expériences et enseignements recueillis dans les trois champs d'action Santé, Intégration et Sauvetage. Il associe à la réflexion des autrices et auteurs externes issus de la recherche et du terrain, favorisant ainsi les échanges entre spécialistes.

Intitulé «Vulnérables – solidaires – résilients. Expériences et enseignements de la crise du coronavirus», le présent recueil constitue le premier volet de la série.

