

L'INTERCULTUREL EN TEMPS DE PANDÉMIE

SOUS LA DIRECTION DE

Bob W. White & Maude Arsenault

LABRRI
LABORATOIRE DE RECHERCHE EN RELATIONS INTERCULTURELLES

Bob W. White et Maude Arsenault (éditeurs)
Laboratoire de recherche en relations interculturelles

Département d'anthropologie

Université de Montréal
© janvier 2021

TABLE DES MATIÈRES



L'INTERCULTUREL EN TEMPS DE PANDÉMIE

- 1** L'interculturelle en temps de pandémie
- 4** Avant-propos : Le réflexe interculturel
Bob White
- 8** Représentations médiatiques interculturelles du COVID-19
Joseph Lévy
- 11** Stigmatisation et contagion pandémique
Pierre Anctil
- 16** « Distanciation sociale » : vraiment?
François Rocher et Bob White
- 26** Précarité du travail et inégalités sociales de santé :
quelles leçons à tirer de la pandémie de COVID-19 ?
Daniel Côté, Jessica Dubé et Jorge Frozzini
- 32** La mort et les rites mortuaires en temps de pandémies
Joseph Lévy et Maude Arsenault
- 40** Plateformes numériques en temps de crise : quels usages des
médias sociaux pendant la crise sanitaire de la COVID-19 ?
Farrah Bérubé
- 43** Vulnérabilité et résilience sociales en contexte de pandémie
Isabelle Comtois et Bob White
- 55** L'état de soins aux aînés au Québec : Un appel pour une
autopsie des CHSLD au-delà de la COVID-19
Kalpana Das

AVANT-PROPOS : LE RÉFLEXE INTERCULTUREL

Bob W. White
Département d'anthropologie,
Université de Montréal



Malgré toute l'incertitude que nous vivons depuis le printemps 2020, une chose paraît certaine : l'année 2020 sera parmi les plus mémorables de notre vivant. S'il est vrai que l'avenir semble incertain, il faut au moins reconnaître que ce petit (!) virus a réussi à nous ramener dans le présent. Un présent radical et imposé, un présent ressenti et englobant. Un présent épuisant, non seulement pour ceux qui doivent affronter le virus sur les lignes de front, mais aussi pour ceux qui sont devenus *Zombies* en restant chez eux.

Nos réflexes en temps de crise se manifestent de façon variable : les professionnels de la santé qui mettent des équipements de protection dignes d'un film de science-fiction pour sauver des vies, les politiciens qui organisent des conférences de presse pour sensibiliser et pour rassurer la population, les enseignants qui se battent avec le partage d'écran d'un diaporama pour tenter de ne pas perdre l'année scolaire... ni s'y perdre.

Dans une publication récente sur la contribution des sciences sociales à la compréhension des pandémies, Fiorenza Gamba et ses collègues ont commencé en constatant le sentiment d'impuissance des chercheurs face à la COVID-19¹. Nous avons été agréablement surpris par la sortie de cette publication². Non seulement parce qu'elle est parue seulement quelques mois après le

1 Gamba, F., Nardone, M., Ricciardi, T. et Cattacin, S. (éds.). (2020). *Covid-19 : Le regard des sciences sociales*. Seismo. Répéré à <https://www.seismoverlag.ch/fr/daten/covid-19/>.

2 Voir l'entrevue avec Fiorenza Gamba et Sandro Cattacin sur la chaîne YouTube du LABRRI. <https://www.youtube.com/channel/UChHsNw5csANxa7PDI7BbuRw>.

déclenchement d'une crise sanitaire mondiale, mais aussi parce que les éditeurs ont mis des mots sur le réflexe du chercheur face à un tel sentiment d'impuissance : le désir de réfléchir.

C'est dans cet esprit que nous proposons une collection de textes sur l'interculturel en temps de pandémie. Nous avons voulu marquer l'expérience dans le temps en menant une série de réflexions interculturelles sur les enjeux de la plus grande pandémie depuis au moins un siècle.

Dans un premier temps au LABRRI, nous avons eu le réflexe de revoir nos modes de rencontres et de communication pour combattre les effets de l'isolement, un phénomène qui a aussi affecté les chercheurs, dont plusieurs ont été confrontés à l'arrêt ou au report des études de terrain vers une date indéterminée. D'ailleurs, c'est frappant de constater le nombre d'étudiants qui ont décidé de changer de projet de recherche et de voir comment les équipes (dont les nôtres) ont été obligées de modifier les méthodologies pour la collecte et l'analyse de données. Pour combattre les effets de l'incertitude et de l'isolement, les membres du LABRRI ont créé des groupes de discussion WhatsApp pour nourrir nos réflexions sur la situation actuelle et créer certains moments de distraction sur différents thèmes... les relations inter-espèces, la distanciation sociale, la discrimination systémique et un ciné-club virtuel³.

Nous avons également organisé une série d'ateliers de recherche et de réflexion par l'entremise de Zoom. Les ateliers touchaient à des thèmes qui permettaient de mettre en lumière plusieurs enjeux exacerbés par la pandémie : la stigmatisation des groupes vulnérables, la distance et la distanciation sociale, la précarité du travail, les inégalités sociales en santé, la mort, les médias sociaux et la résilience.

Tout d'abord, c'est de reconnaître que les situations de crise ont tendance à accentuer les dynamiques d'exclusion. Dans le contexte de cette pandémie qui nous a rapprochés en nous éloignant, le « nous » devient facilement « nous autres ». Notre rapport à l'autre, un sujet qui est au cœur de la réflexion interculturelle, est ébranlé.

Ce sentiment de perte de repères a été accentué à partir du mois de mai, suivant les événements entourant le meurtre de George Floyd aux États-Unis. Le mouvement « Black Lives Matter » a occupé non seulement l'espace physique dans les rues à Montréal, mais aussi l'espace de notre imaginaire. Ces événements confirmaient pour nous la persistance des inégalités sociales et raciales dans les sociétés industrialisées, dont le Canada. Pendant la deuxième partie de 2020, nous nous sommes penchés sur la question de la discrimination systémique, un sujet qui constitue souvent un angle mort pour la recherche sur les dynamiques

3 Voir les récits de deux étudiants membres du LABRRI : <https://anthropo.umontreal.ca/bulletin-des-diplomes-novembre-2020/>

interculturelles⁴. La pandémie, qui a eu plus d'impact dans les communautés de personnes immigrantes et racisées—déjà en situation de vulnérabilité à plusieurs égards—a rendu évident les facteurs et vecteurs de la discrimination systémique au Québec mais les a également renforcés.

Les textes proposés dans cette publication couvrent une grande diversité de thèmes et d'enjeux. Pour ne mentionner que ceux-ci, il s'en démarque au moins trois qui ont traversé nos discussions :

- La prise de conscience planétaire sur les faces cachées de la **connectivité**, que ce soit au niveau des représentations de la contagion (le texte de Joseph Lévy) ou en rapport avec la circulation de l'information dans les médias sociaux (le texte de Farrah Bérubé). Après cette pandémie, on ne pourra plus tenir un discours naïf sur la multiplication et l'intensification des connexions humaines (ce qu'on appelait à l'époque « la mondialisation »), surtout si on tient compte des effets des fractures numériques. Avec les nouvelles formes de connectivité, il demeurera toujours le risque des situations de contact inédites. Cela est vrai non seulement entre les êtres humains, mais aussi dans les relations entre les humains et les autres espèces vivantes, notamment celles qui ont fait partie de la chaîne de transmission de la COVID-19.
- **L'asymétrie** dans les relations humaines. Les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité (comme dans la contribution de Daniel Côté, Jessica Dubé et Jorge Frozzini) ont été affectées de façon disproportionnée par la pandémie, notamment le cas des préposés dans les CHSLD⁵. L'association entre virus et « corps étranger » a eu l'effet de stigmatiser certains groupes de personnes, notamment les Asiatiques, les Juifs et les jeunes (voir le texte de Pierre Anctil). Quand le gouvernement disait que nous étions « tous dans le même bateau », les discussions pendant nos ateliers démontraient qu'on était plutôt dans la même tempête. C'est une nuance importante.
- L'importance, mais aussi la fragilité du **lien social**. Les mesures de prévention en rapport avec la « distanciation sociale » ont créé l'isolement et ont contribué au sentiment de méfiance entre les personnes et les communautés (voir le texte de François Rocher et Bob W. White). Malgré la fragilisation du lien social, la vie rituelle autour de la mort (texte de Joseph Lévy et Maude Arsenault) permet le deuil et non seulement à l'échelle individuelle puisque les sociétés humaines n'ont pas toujours la même façon d'apprivoiser la mort. Un très bon exemple, c'est le texte de Kalpana Das sur les conditions

4 En septembre 2020 le LABRRI a entrepris un projet de recherche au sujet des écarts et des ponts entre les approches interculturelles et les approches anti-racistes. Pour savoir plus sur ce projet consulter le site du laboratoire : <http://labrri.net>.

5 Das, K. (2020, 12 juillet). Mourir abandonné en CHSLD. *La Presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-07-12/mourir-abandonne-en-chsld.php>

de vie et de mort dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ce texte (qui est adapté à partir d'un mémoire écrit pour le Protecteur du Citoyen du Québec) présente des analyses et des observations sur les failles systémiques dans le système de santé au Québec et démontre la fragilité du lien social quand les institutions publiques manquent à leur devoir. Face à des situations pareilles, les personnes issues de l'immigration ont démontré une énorme capacité de résilience pendant la première partie de la pandémie, mais cette résilience doit être davantage comprise d'un point de vue historique, organisationnel et surtout systémique (voir le texte d'Isabelle Comtois et Bob W. White).

Pour terminer, j'aimerais souligner l'effort gigantesque des collègues qui ont participé aux ateliers. En ayant accepté d'écrire un texte pour partager leur savoir et expertise, ils ont donné vie à cette publication. J'aimerais également remercier les personnes qui ont accepté de faire la relecture et la correction des textes, notamment Isabelle Comtois et Anthony Grégoire, ainsi que Félix Lemay pour son travail important de mise en page. J'aimerais surtout remercier notre coordonnatrice Maude Arsenault, sans qui cette publication n'aurait pas été possible. Je suis fier de notre équipe et j'espère que cet ouvrage collectif saura inspirer d'autres formes de pensées et d'actions interculturelles.



Bob W. White, Ph.D.

Directeur, Laboratoire de recherche en relations interculturelles (LABRRI)

Montréal, 15 décembre 2020

REPRÉSENTATIONS MÉDIATIQUES INTERCULTURELLES DU COVID-19

Joseph Josy Lévy
Département de sexologie,
Université du Québec à Montréal



Comme l'a montré Treichler (1987, 2013), toute épidémie présente deux dimensions. D'une part, l'épidémie en tant que phénomène médical, lié à la transmission d'un virus « mortel au potentiel dévastateur à grande échelle » et, d'autre part, l'épidémie en tant que porteuse de sens, de significations et d'interprétations. À la suite d'une analyse discursive exploratoire de la presse écrite en lien avec les dimensions interculturelles soulevées par l'épidémie de COVID-19, on constate la présence de ces deux dimensions. La détermination des caractéristiques du coronavirus a été très rapide et la neutralité de sa désignation s'est accompagnée de questions sur son origine géographique : Virus provenant de la ville de Wuhan dans la province chinoise de Hubei, dans un marché de fruits de mer. Il serait transmis par la chauve-souris ou le pangolin, mais aussi attribué à des militaires américains venus participer à des jeux interarmées internationaux. Très vite aussi, la politique internationale s'est emparée du virus pour l'« ethniciser » en l'étiquetant d'une part de « virus chinois/Coronavirus de Wuhan/Kung Flu », surtout du côté américain, et de « virus américain » du côté chinois. Ces qualificatifs à saveurs politiques ont contribué à amplifier les tensions entre les deux puissances.

L'étiquetage politique du virus se retrouve aussi au Brésil où des autorités gouvernementales ont parlé de « communovirus » pour stigmatiser les milieux de gauche. Les interprétations biotechnologiques sont aussi associées aux étiquetages politiques, le virus étant considéré comme issu de manipulations scientifiques pour en faire une arme dirigée vers la Chine par les Américains

ou, inversement, d'un laboratoire chinois de Wuhan pour affecter la population américaine. Un article de presse relevant qu'il n'était pas conçu pour affecter les populations africaines. La récupération politique du virus est aussi présente dans le monde chiite alors que l'Iran considère cette épidémie comme une arme dirigée contre sa population par les instances américaines et leurs alliés sionistes, pour assurer l'hégémonie israélienne sur la région du Moyen-Orient. Quant à eux, les milieux anti-israéliens y voient l'utilisation de la menace du virus pour imposer des mesures sévères aux Palestiniens.

Comme dans d'autres épidémies, des interprétations religieuses teintées de référents politiques ont été diffusées. Les milieux évangéliques se réfèrent aux textes apocalyptiques pour raviver l'image du « cavalier pâle » et insister sur la décadence morale et religieuse contemporaine, tandis que dans le catholicisme, le Pape François l'a interprétée comme la revanche d'une nature malmenée par les répercussions profondes des activités humaines sur l'écologie. Dans le monde islamique, l'épidémie signale le courroux divin face au non-respect des dogmes et pratiques religieuses, souligné dans le contexte sénégalais, d'où le retour à la religion prôné par des intellectuels africains. La punition pour des conduites sexuelles interdites, la « fornication et l'adultère » et le mariage homosexuel sont d'autres explications avancées, cette dernière perspective étant reprise aussi par un rabbin qui attribue le fléau à la prolifération de l'homosexualité et à ses défilés contre nature. D'autres courants islamiques l'interprètent comme une punition générale à l'encontre des « infidèles » et des « Perses païens », mais aussi des Américains et des Chinois « communistes » pour leur traitement de la minorité musulmane ouïgoure. La ministre de la Défense du Zimbabwe l'attribue, quant à elle, au châtimeur divin pour les sanctions imposées à des hommes politiques de ce pays. Dans la presse australienne, plusieurs commentateurs d'obédience chrétienne ou musulmane considèrent les règles de confinement et de distance sociale comme des mesures visant à établir une répression religieuse en interdisant l'accès aux lieux de culte, empêchant donc les prières qui pourraient parvenir à Dieu et l'amener à exercer sa miséricorde. L'édiction de ces interdits de la part de gouvernements laïques est aussi perçue comme une mode d'imposition de normes non conformes aux codes religieux musulmans et qui, de ce fait, doit être rejetée, car il n'appartient pas à ces instances de définir ce qui relève du domaine interne au culte. Plus largement, pour certains prédicateurs, privilégiant aussi toute cette perspective complotiste, l'épidémie constitue une arme utilisée par les Juifs, les Américains et les Israéliens pour fermer les Lieux saints de la Mecque, et ce, avec la complicité des autorités saoudiennes, qui seraient en fait elles-mêmes d'origine juive!

Évidemment, comme pour les autres épidémies le recours au mécanisme du bouc émissaire, bien analysé par Girard (1982), est répandu dans la presse. On y retrouve les éléments de sinophobie associée aux pratiques alimentaires chinoises et au péril jaune avec la stigmatisation et l'ostracisme des minorités chinoises. Ces

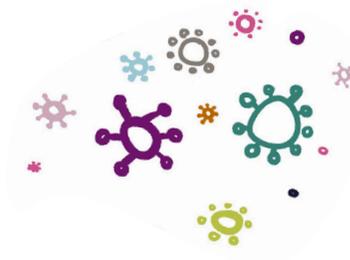
dernières, vivant dans les pays asiatiques, européens, aux États-Unis et au Canada, sont traitées de « virus », harcelées et quelquefois violemment attaquées. Cette stigmatisation se retrouve aussi présente dans le contexte chinois lui-même avec les tensions entre Chinois continentaux et ceux vivant à Hong Kong ou Singapour. La stigmatisation des Juifs, dans la continuité des épidémies du passé, est aussi reprise par les islamistes et les suprémacistes blancs qui les accusent d'être à l'origine de l'épidémie, réactivant ainsi, sur les réseaux sociaux, l'image ancienne du « juif empoisonneur ». Les théories complotistes se retrouvent aussi dans des milieux politiques français qui avancent les vieilles explications d'une conspiration juive, en association avec les « big pharma » pour empêcher l'utilisation de la chloroquine comme traitement contre les maladies provoquées par le virus. À ces groupes, classiques, viennent s'ajouter des références plus locales : Églises évangéliques comme en Corée du Sud, groupes localisés dans des quartiers populaires, expatriés et touristes qui sont considérés comme responsables de la diffusion de l'épidémie, puisque rattachée à la figure de l'étranger.

En somme, on constate des continuités dans le registre des interprétations de l'occurrence de la COVID-19, mais aussi certaines ruptures avec l'accent sur le complot biotechnologique, la rivalité entre les grandes puissances et l'inscription de l'épidémie et sa manipulation dans les discours politiques religieux, régionaux et internes aux pays. Elle devient une arme de propagande qui sème les divisions et alimente les tensions à des fins qui ne tiennent pas compte de ses effets réels sur la santé des populations et privilégient des représentations irrationnelles qui affectent la solidarité et le « care » indispensables pour vaincre ce fléau.

Références

Treichler, P. (2013). « Le sida, l'homophobie et le discours biomédical : une épidémie de signification [1987] », *Genre, sexualité & société*. Consulté le 30 juillet 2020. URL : <http://journals.openedition.org/gss/2850>.

Girard, R. (1982). *Le bouc émissaire*, Paris : Grasset.



STIGMATISATION & CONTAGION PANDÉMIQUE

Pierre Anctil
Département d'histoire,
Université d'Ottawa



HYPOTHÈSES DE TRAVAIL :

La propagation d'un virus à transmission universelle rapide et à haut facteur de risque soulève des questions fondamentales relativement aux inégalités sociales déjà présentes au sein de la société. Évidemment, certaines couches plus vulnérables de la population peuvent subir plus intensément les conséquences de la pandémie.

- La pandémie de COVID-19 a aussi des répercussions réelles plus prononcées sur certaines communautés culturelles ou religieuses plus à risque qui sont mesurables d'une manière objective. Des foyers plus sévères de contamination peuvent ainsi apparaître dans l'environnement. Ces derniers, repérables scientifiquement, peuvent devenir sources de stigmatisation accrue.
- Les mesures de protection contre la propagation mises en place par les gouvernements, et les retombées économiques négatives qu'elles entraînent peuvent alimenter les préjugés raciaux de certains segments de la population. Ces perceptions sont généralement exagérées et ne correspondent pas aux données scientifiques disponibles. Elles sont néanmoins bien présentes au sein de la société et produisent des dommages sérieux au sein des espaces de solidarité sociale.
- Les idéologies racistes et suprémacistes font déjà appel à un vocabulaire pseudo-scientifique, souvent emprunté à la médecine et à l'épidémiologie, pour décrire le danger supposé que constituent les minorités visibles au sein d'une société donnée. Ainsi, les événements liés à la propagation de virus

mortels stimulent l'expression de préjugés basés sur la race et sur les notions biologisantes comme facteurs d'explication.

- L'origine présumée d'un virus dans un tiers pays et sa diffusion à travers le monde peut aussi donner lieu à des commentaires racistes si l'évènement est associé à une origine ethnique en particulier – la Chine par exemple – ou à une tradition religieuse non chrétienne. Les personnes qui peuvent être perçues comme rattachées à cette origine du fait de leur apparence étrangère, ou de leur comportement, sont plus susceptibles de devenir des boucs émissaires clairement identifiés et de recevoir une partie du blâme pour les dommages économiques et sociaux causés par la pandémie.

Il est encore trop tôt pour obtenir des données concluantes, mais la carte des arrondissements à Montréal les plus touchés par la pandémie pointe en direction d'un double facteur de stigmatisation :

- Une concentration plus grande des retombées du virus dans des quartiers à forte population immigrante ou d'origine immigrante récente, notamment le long de la ligne de fracture nord-sud constituée par les quartiers Côte-des-Neiges et Parc-Extension (incluant LaSalle). Ces données doivent être modulées en fonction de la densité démographique très variable des différents arrondissements.
- Une concentration plus grande dans les quartiers ou arrondissements un peu plus à l'ouest où se trouvent d'importantes populations juives (parmi les plus denses spatialement sur l'île de Montréal si l'on se fie aux données sur l'origine ethnique), particulièrement des populations ultra-orthodoxes et plus âgées (Côte-Saint-Luc, Côte-des-Neiges, Hampstead et Outremont). Il est probable que la corrélation que l'on peut avancer entre l'identité juive et la propagation plus forte du virus s'applique aussi à d'autres populations ultra-orthodoxes de tradition musulmane, sikh et bouddhiste sur le même territoire.
- Ces données rapportant une hausse dans la proportion de personnes atteintes au sein de certaines populations facilement identifiables dans l'environnement social pourraient contribuer à la propagation de préjugés antisémites ou antireligieux une fois qu'elles auront été perçues et identifiées comme telles. Ce serait d'autant plus dommageable que les personnes associées à ces communautés sont en général bien visibles dans les interactions sociales de proximité.
- L'histoire de l'antisémitisme met en lumière une longue série d'évènements liés à la propagation de maladies contagieuses où les Juifs figurent comme boucs émissaires, soit pour avoir sciemment contribué à répandre le mal, soit pour avoir offert des conditions propices à sa diffusion. Il ne faut donc pas se surprendre si certaines minorités, en cas de pandémie ou de hausse subite

de la mortalité, font les frais de manière plus soutenue de préjugés racistes et ethnistes, malgré les avancées des connaissances scientifiques et les mesures prises pour défendre les droits de la personne.

- Actuellement, il n'est pas possible d'avancer les mêmes observations pour les populations d'origine asiatique à Montréal, en particulier pour les immigrants en provenance de la Chine continentale. Les données les plus récentes montrent que les personnes d'origine chinoise sont dans une situation de forte dispersion spatiale dans la région métropolitaine, et peu susceptible de former des foyers de contamination plus avérés du virus ou de transmission plus rapide. Malgré ces données scientifiques, contre toute logique, des préjugés anti-asiatiques sont fortement susceptibles d'apparaître dans la situation présente. Dans ce cas, il y a au premier abord un fort risque que les Asiatiques de Montréal deviennent identifiés à la pandémie et qu'ils soient ciblés dans l'opinion publique comme bouc émissaire.
- La même remarque vaut pour les populations d'origines antillaises noires ou africaines à Montréal, mais à l'inverse. Comme le continent africain est peu touché par la pandémie mondiale pour le moment, et que les immigrants de cette région du monde sont peu nombreux au Québec, il est possible qu'ils ne se trouvent pas en première ligne dans la recherche d'un bouc émissaire. Par contre, certaines populations noires antillaises pourraient être plus à risque du fait des conditions de défavorisation socio-économiques dans lesquelles elles vivent sur l'île de Montréal.

Concernant les populations juives de Montréal et ailleurs dans le monde – en particulier en Israël où il existe d'importantes communautés ultra-orthodoxes à très forte densité démographique et spatiale – il est possible d'avancer certaines hypothèses relativement à leur taux de prévalence plus élevé de la maladie. Ces facteurs aggravants valent pour d'autres populations fondamentalistes sur le plan religieux à Montréal soumises aux mêmes paramètres socio-économiques et culturels.

- Les communautés harédies (ultra-orthodoxes juives) ont mis plus de temps à réagir – et donc à se prémunir – car elles n'ont pas été informées suffisamment rapidement par leurs propres leaders religieux des risques encourus et qu'elles n'ont pas modifié immédiatement leurs comportements grégaires. Cela tient à la méconnaissance des langues officielles au sein de ces populations (l'hébreu en Israël; le français et l'anglais au Québec) et à leur méfiance face aux informations qui proviennent de l'extérieur (gouvernements, médias et données scientifiques). En Israël, dans la municipalité de Bnei Brak, composée fortement de populations ultra-orthodoxes, la prévalence du virus est cinq fois plus élevée que dans le reste du pays, au point où tout le secteur a été mis en quarantaine. Divers incidents lors d'interventions policières ont aussi été

rapportés dans le quartier Mea Shearim de Jérusalem pour non-respect des consignes de distanciation sociale dues à la pratique de la prière et à l'étude des textes saints. Concernant Israël, on ne peut imputer ces interventions à de l'antisémitisme classique puisque la majorité de la population dans ce pays est d'origine juive.

Les facteurs aggravants pour les populations harédies de Montréal, en plus de l'isolement linguistique et social, sont :

- Occurrence plus élevée des rencontres entre personnes dans des lieux de prière et centres d'études talmudiques – soit des espaces où se rendent quotidiennement tous les hommes d'une communauté harédie donnée. Il en va de même des fêtes religieuses, mariages, funérailles et autres rituels religieux qui sont des occasions de rencontres engageant de grands nombres de personnes en situation de forte proximité physique.
- Structures familiales très étendues et multigénérationnelles qui regroupent une moyenne plus élevée de personnes par foyer. La taille des ménages (*households*) au sein des groupes ultra-orthodoxes de Montréal est trois fois plus élevée qu'au sein de la population en général. L'introduction d'un virus de ce type au sein de telles communautés peut avoir des effets négatifs beaucoup plus rapidement qu'au sein de la population en général.
- Forte mobilité géographique entre les communautés harédies de la région de New York et celles de Montréal, en particulier lors de fêtes religieuses. La fête de Pourim, très célébrée traditionnellement sur le plan social, avait lieu cette année les 9 et 10 mars, soit juste avant l'annonce du confinement. Ces comportements peuvent expliquer l'apparition d'un foyer d'infection important au sein de la communauté Tosh à Boisbriand, en banlieue de Montréal, au point où les autorités ont décidé de confiner toute cette population à la fin de mars.
- Dans le cas de la communauté juive de Montréal en général, l'âge plus élevé de ces populations par rapport à la moyenne nationale a aussi pu jouer un rôle dans la diffusion plus prononcée de la pandémie dans des quartiers à forte densité juive, comme il en existe dans la municipalité de Côte-Saint-Luc et dans l'arrondissement d'Outremont. Les écarts entre Canadiens et Juifs en général sont assez prononcés pour ce qui est de la pyramide des âges, assez pour produire un taux de mortalité plus élevé chez ces derniers.

Dernier élément, les populations noires et hispaniques américaines semblent également plus touchées par la pandémie pour des raisons socio-économiques découlant de formes très ancrées historiquement de racisme et de discrimination systémique. Les données en provenance des États-Unis – pas toujours disponibles par catégories « raciales » – pointent fortement en cette direction. D'ailleurs, la

différence entre le taux de mortalité américain et canadien – 16,650 morts aux États-Unis au 10 avril contre 510 au Canada, semblent confirmer cette hypothèse. Malgré un niveau de vie assez comparable de manière globale, il y a trois fois plus de victimes proportionnellement aux États-Unis, par rapport au Canada. Cet écart assez imposant tient probablement à l'absence de filet social et de soins de santé universels dans la République américaine au sein de certaines couches sociales, rendues de ce fait plus vulnérables à la maladie. L'écart beaucoup plus grand entre les classes sociales les plus fortunées et les plus pauvres aux États-Unis, par rapport au Canada, pourrait aussi, en bonne partie, expliquer la différence observée dans la morbidité entre les deux pays.

En résumé, ethniciser une problématique, c'est en cacher la complexité. Dans le cas actuel, lorsque l'on désigne une communauté comme étant responsable de la diffusion de l'épidémie ou encore responsable du haut taux de prévalence de contagion au sein d'une communauté, on prend le facteur ethnique, culturel ou racial comme déterminant explicatif, alors que les raisons pour lesquelles une communauté ou un groupe est plus à risque de contracter le virus sont complexes et plurifactoriels. Entre autres facteurs, on peut penser à la densité de certains quartiers, aux structures familiales, aux liens du groupe avec l'extérieur, à son accès à l'information, à sa précarité socioéconomique, ainsi de suite. Ces facteurs sont communs aux communautés et ne sont pas l'apanage d'un seul groupe. De plus, on sait que les inégalités socioéconomiques rendent plus vulnérables certaines communautés. Les stigmatiser pour leur haut taux de prévalence d'infection – par exemple – ce serait les rendre responsables des inégalités socio-économiques systémiques dont elles sont victimes.



« DISTANCIATION SOCIALE » : VRAIMENT?

François Rocher
École d'études politiques,
Université d'Ottawa

Bob W. White
Département d'anthropologie,
Université de Montréal



Au tout début de la crise de la COVID-19, l'utilisation de l'expression «distanciation sociale » a été une source de confusion, non seulement pour la population qui l'entendait pour la première fois, mais également pour les chercheurs en sciences sociales qui lui ont toujours donné un sens tout à fait différent. La notion de « distance sociale », pourtant bien connue dans l'histoire des sciences sociales critiques du 20^e siècle (notamment l'anthropologie et la sociologie), a émergé comme outil pour évaluer le degré et les dynamiques de ségrégation dans les sociétés marquées par les inégalités engendrées par l'esclavage et le colonialisme. Quand le terme fut repris par les chercheurs en épidémiologie et santé publique, il a connu un changement sémantique assez radical. Dans le contexte des pandémies à l'échelle planétaire, comme celle du coronavirus, la distance sociale, ainsi que la pratique de « distanciation sociale », se transforme en quelque chose de positif, de souhaitable, voire d'essentiel, puisque c'est uniquement par la prise de distance physique entre les êtres humains que nous allons pouvoir limiter la propagation du virus.

Évidemment en un court laps de temps, la population, y compris la communauté des chercheurs en sciences sociales, a repris assez rapidement cette utilisation positive du terme. La méthode principale pour la mise en œuvre de la distanciation sociale serait le confinement, une idée qui, elle aussi, nous semblait étrange au début de la crise sanitaire, mais qui est devenue normale assez rapidement dans plusieurs régions et pays du monde. Compte tenu de l'évolution très rapide de la crise sanitaire, et surtout à partir de cette journée fatidique du vendredi 13 mars, alors que le gouvernement fédéral suspend ses travaux et que le gouvernement du Québec annonce la fermeture des services de garde, des écoles, des cégeps et des universités, notre monde a basculé. Nous nous sommes rendu compte que

le confinement se passait à deux ou à plusieurs vitesses. Pendant que certains personnes et groupes se sont enfermés pour se mettre en mode télétravail, d'autres ont perdu leur emploi et plusieurs ont été conscrits pour maintenir les services dits essentiels, devant affronter la pandémie dans l'incertitude. Pendant que certains se trouvaient soulagés de pouvoir mettre à jour leurs dossiers, d'autres ont reçu une « charge additionnelle » dû au devoir de s'occuper des enfants et des personnes âgées.

La complexité de cette nouvelle terminologie, non seulement en termes sémantiques, mais aussi en termes sociaux, nous oblige à mobiliser une réflexion systémique. La pensée systémique met en lumière les inégalités sociales qui ont été exacerbées par la pandémie, nous permettant de voir comment le fonctionnement du système économique, ici et ailleurs, a tendance à privilégier ceux qui sont déjà choyés. Cette pensée systémique, qui considère l'aspect dynamique des systèmes et surtout les interactions entre eux, propose une analyse des paradoxes qui émergent quand les équilibres sont mis à mal. Dans ce texte, nous allons essayer d'expliquer comment la notion de « distance sociale », pourtant traditionnellement marquée négativement, devient non seulement une arme pour combattre une pandémie globale, mais aussi un impératif pour adopter des comportements solidaires en temps de crise. Après un bref retour sur l'évolution de la pensée sur la notion issue des sciences sociales, nous allons faire une analyse préliminaire de son utilisation par le gouvernement du Québec dans la gestion de la crise sanitaire.

BREF SURVOL DE LA NOTION DE « DISTANCE SOCIALE » EN SCIENCES SOCIALES

Le terme « distanciation sociale » est la traduction de *Social distancing*, un terme utilisé et qui décrit assez bien l'ensemble des mesures qui sont prises pour contrôler des infections par les responsables de la santé publique. L'objectif est de réduire les contacts physiques et de maintenir une distance minimale entre les individus pour éviter la propagation d'une infection. Il s'agit, en somme d'une distance physique ou spatiale. Par contre, toujours en anglais, la notion de social distance recouvre une tout autre signification. Elle s'intéresse à la configuration des rapports sociaux en fonction du degré d'acceptabilité ou du caractère souhaitable des relations avec certaines catégories d'individus. Au Québec, tant les autorités sanitaires que les médias ont repris le terme de distanciation sociale à titre d'équivalent français de *social distancing*. La dimension « sociale » est donc davantage mise en relief que la dimension « spatiale ».

En sociologie, les premières études portant sur la distance sociale s'intéressaient aux phénomènes de la ségrégation et de la discrimination causés par les nouvelles vagues d'immigration aux États-Unis, en provenance de pays différents des

immigrants de première vague (britanniques, scandinaves, allemands – en somme des pays de tradition protestante) (Wark et Galliher, 2007). Par exemple :

- 1913 : interdiction aux Chinois, Japonais, Coréens, Indiens d'acheter des terres ou de les louer pour plus de trois ans;
- 1920 : une Loi californienne interdit à tout immigrant asiatique de louer des terres;
- 1922 : la Cour suprême des États-Unis statue que les Japonais devaient être considérés comme des « étrangers inéligibles à la citoyenneté et ne pouvaient donc pas être naturalisés »;
- En Californie, les Philippins étaient classés comme des « mongoles » et ne pouvaient marier des personnes d'ascendance anglaise;
- Les immigrants mexicains étaient forcés de vivre dans des quartiers ségrégués.

Les premiers travaux en sociologie (Park et Burgess, 1921) définissent la distance sociale comme « le degré d'intimité et de compréhension qui existe entre des individus ou des groupes sociaux ». Les auteurs contribuent à fonder ce qui sera connu comme l'École de Chicago. En somme, la notion de distanciation sociale s'intéresse à identifier la persona de l'étranger :

- L'étranger est une personne qui appartient à un groupe racial ou culturel différent, mais qui est néanmoins exclu de l'adhésion au groupe majoritaire. L'étranger est décrit comme étant, selon les termes de Park et Burgess, « la combinaison du proche et du lointain » (1921);
- L'étranger réunit en sa personne les qualités de « proximité et d'éloignement, de sollicitude et d'indifférence »... Cette conception de l'étranger le dépeint comme quelqu'un qui n'est pas intimement et personnellement concerné par la vie sociale qui l'entoure.

Il existe donc une différence entre la distance sociale et la distance spatiale :

- Par exemple, on sait depuis longtemps que dans les zones rurales, la distance spatiale entre les gens est beaucoup plus importante que dans les zones urbaines. En revanche, dans les zones urbaines, les distinctions de classe sont généralement plus importantes et donc on y retrouve plus de distance sociale.

On peut penser la distance sociale sous forme de cercle concentrique : dans le plus petit cercle, il y a les « relations proches » (famille). Dans le cercle qui l'englobe,

on y retrouve les « amis ». Le troisième cercle, encore plus grand, comprend les « connaissances ». Le quatrième cercle est constitué des « inconnus ». Le cinquième et dernier est formé des « ennemis ». Cette façon de réfléchir a été systématisée par le sociologue Emory Bogardus qui, en 1925, a développé une échelle visant à mesurer la propension d'un sujet à établir ou accepter des contacts sociaux, de degrés divers de proximité, avec des membres de groupes sociaux différents (par l'ethnie, les pratiques sexuelles, le statut social, etc.).

L'échelle de distance sociale imaginée par Bogardus (1925) est une simple grille comportant 7 items classés par ordre hiérarchique¹. On propose au sujet d'évaluer sa propre volonté à accepter un contact social, par exemple :

Accepteriez-vous un Chinois...

- *comme relation proche par mariage (beau-frère, belle-mère...)? : 1 point*
- *comme ami proche? : 2 pts*
- *comme voisin ou dans la même rue? : 3 pts*
- *comme collègue au travail? : 4 pts*
- *comme habitant de la même ville? : 5 pts*
- *comme visiteur dans le pays? : 6 pts*
- *vous l'expulseriez du pays? : 7 pts*

Il s'agit d'une échelle unidimensionnelle et cumulative. Elle est toujours une méthode couramment utilisée pour mesurer les préjugés. De nombreuses études l'utilisent pour analyser l'effet de la distance sociale sur les attitudes envers les malades mentaux, les groupes religieux, les groupes ethniques, les groupes raciaux, les personnes handicapées, les personnes souffrant de maladies spécifiques, les homosexuels, les groupes nationaux, les groupes professionnels et le statut social. L'échelle peut également être utilisée pour montrer quels sont les groupes d'une communauté qui subissent le plus de préjugés ou de préjugés. En somme, la notion est plutôt connotée négativement. Une plus grande distance sociale se traduit par une diminution de l'empathie et de la confiance.

Inspiré par les écrits de la sociologie critique de l'École de Chicago, le psychologue Gordon Allport va proposer une série de réflexions qui vont occuper jusqu'à nos jours l'imaginaire d'un nombre important de chercheurs sur le contact entre les personnes d'origines diverses et les dynamiques sociales en rapport avec les préjugés. Déjà en 1954, avec la publication de son œuvre magistral *The Nature of Prejudice*, Allport va jeter les bases pour un programme de recherche qui

1 <http://definitions-de-psychologie.psyblogs.net/2017/01/echelle-de-distance-sociale-de-bogardus.html>

permettrait d'étudier de façon systématique le fonctionnement des stéréotypes sur les groupes. À partir d'une première analyse des dynamiques de renforcement des groupes à l'interne (*ingroup behavior*) et les dynamiques d'exclusion qui se passent entre les groupes humains (*out-group behavior*), le chercheur confirme ce que les anthropologues savaient déjà sur la tendance humaine, à savoir une préférence implicite pour les personnes et les comportements de son propre groupe : l'ethnocentrisme.

Dans la mesure où le contact accru peut créer ou amplifier un sentiment positif par rapport à l'autre, Allport propose l'hypothèse du contact inter-groupe, qui va devenir le postulat de base alimentant des années de recherche. Exprimée de façon assez simple, la théorie du contact s'articule autour de l'idée suivante : les préjugés diminuent avec le contact. Depuis le début de ces recherches, il existe une vaste littérature sur le sujet, y compris un nombre important de débats, réponses et tentatives de conciliation (voir les échanges entre Pettigrew et Putnam).

Dans une tout autre optique, l'anthropologue Edward T. Hall, souvent considéré comme le « père de la communication interculturelle », a mis sur pied un programme de recherche systématique pour faire l'analyse de la distance (cette fois-ci physique) entre les êtres vivants (populations humaines et animales) comme variable des codes et des comportements culturels. Influencé par son expérience militaire, où il a été marqué par les rapports de pouvoir et les divisions sociales entre les soldats noirs et les officiers blancs, Hall se met au travail pour expliquer la variation humaine comme levier dans le combat contre les préjugés. De son point de vue, le fait que les personnes en position d'autorité ignorent les différences entre les groupes peut renforcer les inégalités sociales dans le rapport des groupes; au contraire, la vulgarisation des différences culturelles permet de combattre cette tendance.

Hall sera beaucoup plus connu en dehors de l'anthropologie (par exemple en psychologie, gestion, communications), notamment pour des concepts comme l'iceberg de la culture, le choc culturel et les dimensions culturelles. À l'intérieur de sa discipline, il propose une analyse comparative et une méthodologie systématique pour faire l'étude de la gestion de la distance entre les êtres vivants. Cette première étude sur la « proxémie » ne prend pas de position particulière sur la valeur universelle ou sur l'impact des relations de proximité comme Allport, mais constate la variabilité des différentes sociétés dans la façon de gérer la proximité physique avec les autres. Ainsi, ce sont les codes et les comportements du groupe majoritaire qui s'imposent sur les individus et sur les différents groupes minoritaires.

« DISTANCIATION SOCIALE » DANS LE DISCOURS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Dans le cas de la pandémie et de sa prise en charge par les autorités québécoises, il me semble que l'on peut identifier deux temps dans la manière dont est utilisée la notion de distanciation sociale, marquée par un point de bascule qui survient le 2 avril 2020. Lors de son premier point de presse, tenu le 12 mars 2020, le premier ministre invite surtout les Québécois qui ont séjourné à l'étranger à s'isoler pendant 14 jours. À la toute fin du point de presse, le terme de distanciation sociale est évoqué par M. Horacio Arruda (directeur de la Santé publique du Québec), en réponse à une question, sans en faire une injonction ni vraiment dire de quoi il s'agit. Dans les jours qui suivent, M. Arruda en parle en référence aux personnes mises en quarantaine.

Le 16 mars 2020, le premier ministre invite les Québécois à éviter tout rassemblement qui ne serait pas nécessaire et recommande à tous les travailleurs qui ne peuvent pas passer en mode télétravail de garder une distance de deux mètres de leurs collègues. Jusqu'au 24 mars, M. Arruda et d'autres invitent simplement les Québécois à garder leur distance les uns des autres lorsqu'ils sortent dans les épiceries, les commerces, etc. La 'distanciation sociale' s'applique surtout aux personnes qui sont infectées par la COVID-19.

Le 24 mars, le premier ministre énonce plus clairement la consigne du deux mètres :

Maintenant, je reviens aux consignes de base, là. Peut-être qu'il y a des gens – j'ai vu ça sur les réseaux sociaux – qui avaient peut-être... C'est moi qui s'est probablement, là, mal exprimé. Donc, je veux être très clair. Tous ceux qui ne travaillent pas dans les services essentiels doivent rester à la maison, ça, c'est clair, mais peuvent sortir, un, bien sûr, pour aller chercher de la nourriture, deux, aider des personnes de 70 ans et plus à aller chercher de la nourriture pour eux autres, pour les personnes de 70 ans et plus. Et c'est possible d'aller prendre une marche aussi. C'est même bon pour la santé, bon pour le moral. Il faut juste rester à deux mètres – ceux qui ont les anciennes mesures, là, c'est six pieds, ça des autres personnes. Mais vous pouvez aller prendre une marche.

C'est cette consigne du deux mètres qui sera répétée jour après jour par la suite. Le premier ministre ne prononce jamais le terme de distanciation sociale. Ce sont plutôt M. Arruda et d'autres intervenants de la santé publique qui l'utilisent régulièrement, mais toujours en fonction de la consigne de conserver deux mètres de distance.

En somme, les autorités publiques insistent sur l'importance d'une distance physique plutôt que sociale. Qui plus est, elles invitent les Québécois à faire preuve de générosité en faisant davantage de bénévolat, en aidant les personnes âgées, en communiquant avec les personnes seules, etc. Le lien social est préservé en dépit de la distance physique. La préservation des liens sociaux ne faisait appel qu'à un ensemble de mesures qui touchaient les individus de manière à les isoler physiquement sans pour autant instiller une méfiance profonde à l'endroit des autres. On demandait aux individus de faire preuve de prudence et de civisme en conservant une distance jugée sécuritaire. La situation semble avoir changé dramatiquement au début du mois d'avril.

Tout en conservant un ton marqué par la bienveillance, le premier ministre hausse le ton à l'endroit des récalcitrants. Plus important encore, la propagation du coronavirus au sein de la population se traduit par des mesures de confinement plus sévères. La transmission communautaire fait en sorte que tout le monde devient un porteur potentiel du virus pouvant être mortel, surtout chez les personnes âgées. On peut penser que les cercles concentriques de la distanciation sociale se compriment et se réduisent comme une peau de chagrin. Il n'en reste plus que deux : les personnes avec qui l'on vit (conjoint, famille ou colocataires) et les autres qui deviennent des « ennemis » potentiels. En d'autres termes, on ne peut plus faire confiance à personne, tous peuvent nous infecter. La méfiance collective s'installe.

Nous assistons donc à une certaine forme de rupture du lien social, au nom de la préservation du bien commun. C'est le cœur du paradoxe. Pour assurer le bien-être du groupe, il faut que chacun s'isole. À l'inverse, la survie de chaque individu est fonction du respect de cette consigne d'isolement et de distanciation sociale. Ainsi, la dénonciation des personnes qui ne suivent pas les consignes, phénomène déjà présent, devient la nouvelle règle de fonctionnement en société. L'intolérance devient la nouvelle mesure de la solidarité.

Cette nouvelle façon d'appréhender la distanciation sociale me semble être énoncée pour la première fois lors du point de presse du premier ministre François Legault le jeudi 2 avril :

Avant de passer au bilan de la journée, je veux revenir sur le respect des consignes. D'abord, je répète, comme je l'ai souvent dit, la grande majorité des Québécois respectent les consignes, et puis je suis très fier des Québécois, les Québécois m'impressionnent. Mais il reste qu'il y a des personnes, actuellement, qui ne respectent pas les consignes. Il y a des personnes qui font des rassemblements à moins de deux mètres de groupes de personnes. Il y a des entreprises qui n'offrent pas des services ou des produits essentiels, qui continuent de fonctionner.

À un moment donné, il faut mettre toutes les chances sur notre côté pour réduire la propagation du virus, et donc, moi, aujourd'hui, j'ai envoyé et j'envoie un message aux policiers de la Sûreté du Québec puis aux policiers des grandes villes, là, comme la SPVM, d'être moins tolérants. Je pense qu'on ne peut pas, là, actuellement, accepter qu'il y ait des gens, puis une grande majorité, qui fassent des efforts puis que ces efforts-là soient anéantis parce qu'il y a quelques personnes qui ne prennent pas ça au sérieux. Donc, les policiers vont distribuer plus d'amendes. Puis je le répète, là, les amendes varient entre 1 000 \$ et 6 000 \$ par personne. Donc, moi, je pense, là, c'est tout ce que méritent les gens qui ne respectent pas les consignes. (...)

C'est sérieux, il y a des vies qui sont en danger, et, si on continue d'avoir des rassemblements puis des entreprises qui fonctionnent alors que ce n'est pas essentiel, bien, il va y avoir des vies... il va y avoir des morts. Donc, c'est très, très, très sérieux. Et ces morts-là, on ne le sait pas, là, en bout de ligne, ça peut être votre grand-mère, ça peut être votre frère, là. Donc, soyons plus solidaires que jamais puis soyons moins tolérants, là. Il y a déjà des dénonciations — je pense qu'il y en a eu 7 000, hier — aux policiers. Bien, les gens qui voient, là, que les consignes ne sont pas respectées, je pense qu'on est rendus là.

Le samedi 4 avril, la vice-première ministre Geneviève Guilbault était encore plus explicite en invitant les Québécois à dénoncer ceux qui ne respectaient pas les directives :

Et nos policiers aussi, tout comme nos anges gardiens du réseau de la santé, sont eux aussi au front quotidiennement pour assurer la sécurité de tout le monde. Donc, facilitons-leur la tâche, évitons les rassemblements. On ne veut plus voir de rassemblements, ni extérieurs ni intérieurs. On ne veut plus voir de commerces et de services non essentiels qui continuent de fonctionner. Donc, si vous êtes témoins de ces situations-là, des infractions aux directives de santé publique, dénoncez-les, signalez-les à vos forces de l'ordre. Je l'ai déjà dit, on ne veut pas tomber dans un climat de sur-suspicion non plus, on ne veut pas sombrer dans la paranoïa collective, mais il faut rester vigilants et il faut surtout s'assurer que personne ne met délibérément en danger la vie des autres personnes.

C'est dire que la notion de distanciation sociale prend un sens différent marqué par les quatre caractéristiques suivantes :

1. La dénonciation comme mode opératoire de l'interaction sociale auprès de tout ce qui sort du premier cercle, à savoir tout ce qui s'apparente à l'étranger (en passant par les connaissances, les voisins, et tout individu suspecté, à première vue, de ne pas respecter les consignes de confinement et de distanciation physique);
 - De manière concomitante, se traduit par une diminution de l'empathie;
2. Un enfermement dans le premier cercle, tous les autres se comprimant en un seul quand il s'agit de contact spatial – celui de l'ennemi;
 - De manière concomitante, se traduit par une diminution de la confiance;
3. Le sujet social est réduit à l'individu, l'intérêt personnel étant subordonné à la docilité de l'ensemble de la communauté – qu'on peut voir comme la version sanitaire du néolibéralisme;
 - De manière concomitante, le bien commun étant subordonné à l'intérêt personnel;
4. La surveillance policière comme mesure de contrôle du respect des consignes;
 - De manière concomitante, se traduit par une augmentation de l'intolérance.

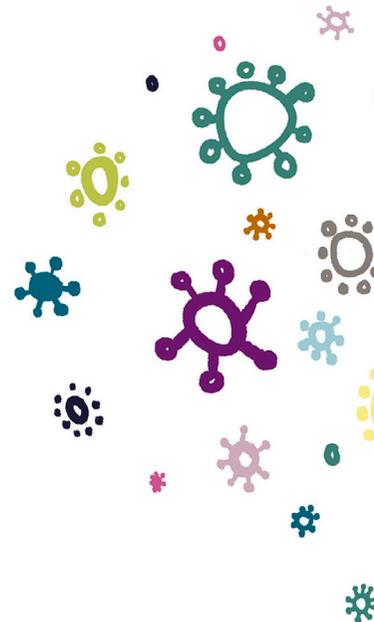
COMMENT RÉTABLIR LE LIEN SOCIAL EN CONTEXTE POST-COVID-19?

Le paradoxe qui est présenté par l'utilisation de la notion de distance sociale renvoie à une problématique sociétale de taille, à savoir comment faire pour rétablir le lien social en temps de quarantaine, de crise sanitaire et de confinement? Les réponses sont multiples et complexes. Dans un premier temps, on peut revenir à la notion du vivre-ensemble, une notion marquée par plus de 15 ans de débats identitaires. Malgré le fait que le terme a fait l'objet de critiques pour son imprécision ou pour sa tendance à être instrumentalisé par le politique, des recherches récentes du LABRRI démontrent que le vivre-ensemble joue un rôle important dans l'évolution des politiques publiques, surtout à l'échelle municipale. Selon une récente étude du LABRRI (White et al., 2019), le vivre-ensemble serait spécifique au monde de l'action municipale dans le monde francophone, où plusieurs administrations

municipales cherchent des repères pour s'occuper de la cohésion sociale en contexte de la « super-diversité » (Vertovec, 2019). Dans certains cas, le terme permet aux autorités municipales d'envoyer un message positif sur les valeurs pluralistes, sans pour autant tomber dans les tensions ou pièges des débats qui opposent le multiculturalisme à l'interculturalisme (White, 2019).

Références

- Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge (MA) : Addison-Wesley Publishing Company.
- Bogardus, E. S. (1925). « Social Distance and its Origins ». *Journal of Applied Sociology*, 9(2), 216-226.
- Hall, E. T., Birdwhistell, R. L., Bock, B., Bohannon, P., Diebold Jr, A. R., Durbin, M., ... et La Barre, W. (1968). « Proxemics [and comments and replies] ». *Current anthropology*, 9(2/3), 83-108.
- Park, R. E., et Burgess, E. W. (1921). *Introduction to the Science of Sociology*. Chicago : University of Chicago.
- Vertovec, S. (2019). « Talking Around Super-diversity ». *Ethnic and Racial Studies*, 42(1), 125-139.
- Wark, C., et Galliher, J. F. (2007). « Emory Bogardus and the Origins of the Social Distance Scale ». *The American Sociologist*, 38(4), 383-395.



PRÉCARITÉ DU TRAVAIL & INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ: QUELLES LEÇONS À TIRER DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

Daniel Côté

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail
Département d'anthropologie,
Université de Montréal

Jessica Dubé

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail
École des sciences de la gestion,
Université du Québec à Montréal

Jorge Frozzini

Département des arts et des lettres,
Université du Québec à Chicoutimi



Il est peut-être encore trop tôt pour tirer des leçons de la pandémie de COVID-19 qui secoue la planète tout entière, mais nous pouvons déjà dire qu'elle met en lumière ou renforce les échecs et dysfonctionnements qui caractérisent les sociétés contemporaines.

Depuis les années 1980, les réformes du système de santé ont souvent été orchestrées sur fond de contexte économique difficile et d'obligation d'assainissement des finances publiques. Cette nouvelle gestion publique, misant sur l'imputabilité et les incitatifs à la performance, est favorisée par l'implantation de modèles de gestion de la production empruntés directement au secteur manufacturier, dont le LEAN management.

Les effets de ces restructurations dites « néolibérales » étaient connus (Benach et al., 2019; Boltanski, 2007). Parmi les impacts, soulignons les rapports et l'organisation sur le plan du travail : moyens matériels et humains insuffisants, problèmes de communication, travail sous pression, conciliation travail-famille plus difficile, flexibilisation des horaires, fragmentation des collectifs de travail,

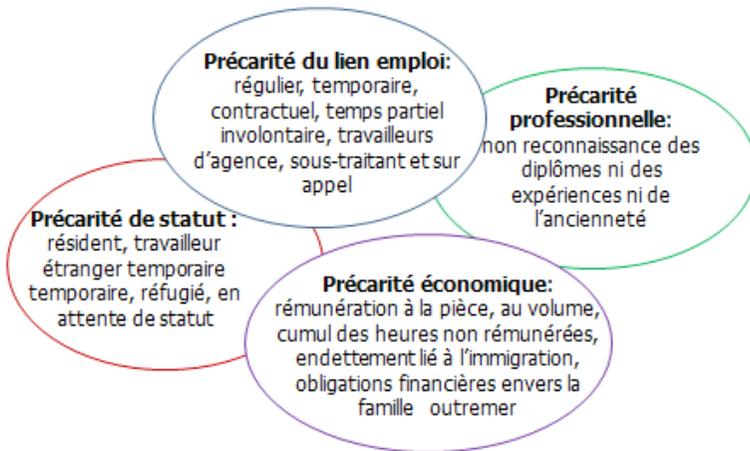
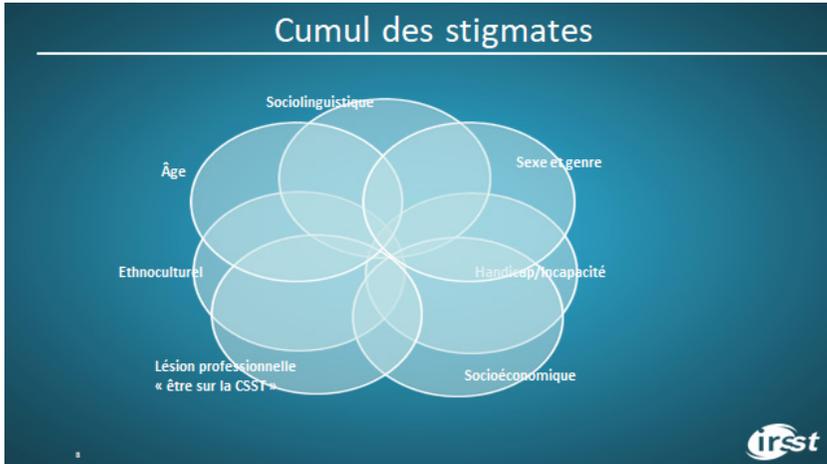
intensification de la cadence, peur de commettre des fautes professionnelles, perte d'autonomie professionnelle, etc. (Hunt et al., 2019; Bruère, 2014; Gheorghiu et Moatty, 2013; Hibou, 2013). Il faut également regarder ses effets sur le plan personnel : détresse psychologique, perte de sens, épuisement (De Gaulejac, 2009). De plus, des situations paradoxales sont répertoriées dans ces postes, majoritairement assurées par les femmes, comme des demandes institutionnelles peu adaptées aux tâches réelles de travail avec peu de reconnaissance et de soutien (Côté et Dubé, 2018). Ces situations produisent des effets toxiques sur la santé des travailleurs (Dejours, 2003).

Dans le contexte de la pandémie, certains secteurs vivent plus durement la crise que d'autres, soit à cause des interruptions de production, des fermetures d'usine et de commerce et de la vulnérabilité socioéconomique que cela entraîne, soit en exposant certaines catégories d'emploi à un risque accru de contracter la nouvelle maladie à coronavirus. Malgré la mise en place de mesures de prévention et d'hygiène exceptionnelles dans les commerces et autres secteurs jugés essentiels, certains enjeux pèsent dans les milieux de travail où les conditions sont précaires et où les risques de santé et sécurité au travail (SST) sont multiples (p. ex. : biologiques, chimiques, biomécaniques, psychosociales). À titre d'exemple, les conditions de travail dans le secteur agricole sont difficiles et les mesures de prévention des lésions professionnelles souvent inadéquates (Frozzini et Law, 2017a; Castracani, 2017). Ce secteur emploie entre 35-40 % des ouvriers affectés à la culture des fruits et légumes à l'aide du Programme des travailleurs étrangers temporaires (TET). Ce programme étant dénoncé depuis des années par la discrimination systémique à l'égard des travailleurs (Carpentier et Fiset, 2011; Frozzini et Law, 2017a et b).

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, plusieurs secteurs ont été déclarés essentiels (l'agriculture, la transformation des aliments, les épiceries, le transport, les services de santé, etc.) et donc non sujets aux restrictions imposées par le confinement. Or, de nombreux emplois dans ces secteurs ont des conditions précaires. Nous pouvons définir la précarité au travail à partir de quatre dimensions : a) la forte incertitude sur la durée de l'emploi, de sa continuité; b) le faible contrôle individuel et collectif des conditions de travail, des revenus et des heures travaillées; c) la faible protection des travailleurs : protection sociale, assurance chômage et protection contre la discrimination; et d) l'insuffisance des revenus et des vulnérabilités économiques (Gravel et Dubé, 2016). Plusieurs études ont montré que ces conditions d'emploi précaires créent différentes formes de vulnérabilité auprès des travailleurs (perte de revenus, insécurité de l'emploi).

À cette précarité d'emploi s'ajoutent diverses formes de vulnérabilité dont les (im)migrants sont les plus touchés (par exemple, les barrières linguistiques, la discrimination, la méconnaissance du système, un réseau social faible ou

inexistant, etc.). Ces derniers vont d'ailleurs vivre des situations qui permettront un cumul de précarité (du lien d'emploi, professionnel, de statut et économique) et de stigmates (sociolinguistiques, âge, sexe et genre, incapacité, ethnoculturelle, socioéconomique et lésion professionnelle) qui favoriseront les inégalités sociales de santé et la disparité de traitement.



Gravel et coll. 2016

Cette situation qui perdure n'est malheureusement pas aidée par la rhétorique et les mesures gouvernementales mises en place pendant cette pandémie. Ainsi, nous assistons à une rhétorique qui fait l'éloge des personnes qui doivent

continuer à travailler dans le secteur de la santé (particulièrement) et dans d'autres secteurs. On a utilisé divers qualificatifs afin de décrire leur travail et le fait qu'ils sont importants pour la société dans son ensemble. On utilise habituellement deux qualificatifs en particulier : « nos anges gardiens », « nos héros ». À cette rhétorique s'ajoute un discours romanesque à propos du travail dans les fermes et une certaine valorisation des emplois qui habituellement ne le sont pas (caissier, chauffeur, préposé aux bénéficiaires, etc.).

Dans ce contexte, outre la rhétorique, il y a aussi les mesures gouvernementales (fédéral et provincial). Ainsi, divers programmes ont été annoncés afin « d'aider » les travailleurs pendant cette période difficile :

MESURES FÉDÉRALES ²	MESURES PROVINCIALES ³
<p>PCU : 2000 \$/mois</p> <p>1500 \$/TET pour les employeurs (permettre de payer les 2 semaines en confinement)</p> <p>PCUE : 1250 \$/mois et 1750 \$/mois avec personne à charge ou ayant une incapacité permanente.</p>	<p>100 \$/semaine d'incitatif aux personnes qui voudraient aller travailler dans les fermes (les TET auraient aussi accès)</p> <p>100 \$/semaine pour les personnes dans les services essentiels comme incitatifs à y rester et ne pas aller chercher les 2000 \$/mois du fédéral.</p>

Chacune de ces mesures comprend des restrictions particulières et prend du temps afin de les recevoir. De plus, pour y avoir accès, la personne doit remplir un formulaire en ligne ou appeler. L'ensemble de ces services se font dans les deux langues officielles et aucune aide de traduction n'est disponible. De plus, si par malheur vous n'avez pas tous les papiers ou les renseignements nécessaires, votre demande ne sera pas prise en compte avant la réception des dits papiers ou d'une explication¹.

1 En ce qui concerne les agents fédéraux, il est très difficile, voire presque impossible de contacter les agents, car les lignes sont surchargées.

2 <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/plan-intervention-economique.html>
<https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/nouvelles/2020/04/soutien-aux-etudiants-et-aux-nouveaux-diplomes-touche-par-la-covid19.html>

3 <https://www.revenuquebec.ca/fr/salle-de-presse/actualites/details/167331/2020-04-03/>
<https://www.emploiagricole.com/a-venir-appel-a-la-mobilisation-des-quebecois-pour-notre-agriculture/>

Malgré les difficultés d'accès aux divers programmes gouvernementaux, c'est la combinaison de cette rhétorique de l'éloge ou du devoir ainsi qu'elles mesures palliatives pour combler ou augmenter les salaires des travailleurs, qui produit un effet pervers : aide à perpétuer les inégalités sociales avec des conditions de travail précaires et de bas salaires. En d'autres termes, on perpétue les inégalités que nous retrouvons dans les structures sociales. Dans un système axé sur le marché, on aurait attendu une augmentation des salaires avec la rareté de la main-d'œuvre, mais nous constatons que, au contraire, on maintient la précarité caractéristique de ces emplois (salaires bas et conditions inchangées).

Il y a donc une absence de volonté pour changer les structures sociales qui permettent le maintien des inégalités exposé devant nous avec la situation dans les services essentiels. Cette constatation ne nous permet pas d'être optimistes pour la suite. D'autant plus que les gens répondent à cet appel au « besoin de bras » avec une vraie volonté d'aider la « collectivité », mais qui, dans les faits, a plutôt tendance à cacher la réalité des personnes qui sont forcées d'y aller et qui n'ont pas toujours la possibilité d'avoir une mobilité sociale.

À titre de conclusion, rappelons que le cumul de stigmates et de précarité (présent bien avant la pandémie) semble s'accroître d'autant plus que le discours et les mesures palliatives ne semblent pas favoriser une remise en question des inégalités du clivage socioéconomique. De plus, si un ralentissement économique est à prévoir après ou pendant le déconfinement, une transformation profonde des systèmes sociaux, financiers ou politiques ne semble pas envisageable.

Références

- Benach, J., Pericàs, J. M., Martínez-Herrera, E., et al. (2019). « Public Health and Inequities Under Capitalism: Systemic Effects and Human Rights ». Dans J. Vallverdú, A. Puyol et A. Estany (Édit.), *Philosophical and Methodological Debates in Public Health* (p. 163-179). Cham, Switzerland, Springer.
- Boltanski, L. et Chiapello, E. (2007). *The New Spirit of Capitalism*. London, UK: Verso.
- Bruère, S. (2014). « Les liens entre le système de production lean manufacturing et la santé au travail : une recension de la littérature ». *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, 8(1), 21-50.
- Castracani, L. (2017). « "Ils viennent pour travailler" : l'utilitarisme migratoire et les ouvriers agricoles saisonniers au Québec ». Thèse de doctorat, Montréal : Université de Montréal.

- Carpentier, M., et Fiset, C. (2011). *La discrimination systémique à l'égard des travailleuses et travailleurs migrants* (Rapport No. 2.120-7.29). Montréal : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Repéré à <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2102629>
- Côté, D., et Dubé, J. (2018). « Pratiques de soins en réadaptation et diversité ethnoculturelle : l'adaptation des services peut-elle soutenir la performance et la santé des professionnels? » Dans I. Fortier, S. Hamisultane, I. Ruelland, J. Rhéaume et S. Beghdadi (Édit.), *Clinique en sciences sociales : sens et pratiques alternatives* (p. 266-278). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- De Gaulejac, V. (2009). *La Société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Seuil.
- Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Paris : Institut National de la Recherche Agronomique (INRA).
- Frozzini, J., et Law, A. J. (2017a). *Immigrant and Migrant Workers Organizing in Canada and the United States: Casework and Campaigns in a Neoliberal Era*. Lanham, MD: Lexington Books.
- Frozzini, J., et Law, A. J. (2017b). « Pour une compréhension de l'hétérogénéité des visions du monde lors de l'implication dans la défense et l'aide aux (im)migrants ». *Anthropologie et Sociétés*, 41(3), 131154. <https://doi.org/10.7202/1043045ar>
- Gheorghiu, M. D., et Moatty, F. (2013). *L'hôpital en mouvement : Changements organisationnels et conditions de travail*. Paris: Editions Liaisons.
- Gravel, S., et Dubé, J. (2016). Occupational health and safety for workers in precarious job situations: combating inequalities in the workplace. *E-Journal of International and Comparative Labour studies*, 5(3). Tiré de http://ejcls.adapt.it/index.php/ejcls_adapt/article/view/173
- Hunt, L. M., Bell, H. S., Martinez-Hume, A. C., et al. (2019). « Corporate Logic in Clinical Care: The Case of Diabetes Management ». *Medical Anthropology Quarterly*, 33(4), 463-482.



LA MORT ET LES RITES MORTUAIRES EN TEMPS DE PANDÉMIES

Joseph Lévy
Département de sexologie,
Université du Québec à Montréal

Maude Arsenault
Département d'anthropologie,
Université de Montréal



Selon Gregory Delaplace (30 mars 2020), les périodes de pandémie seraient un moment de remise en question des rites mortuaires, donnant lieu à plusieurs configurations. Selon l'auteur, de telles circonstances feraient apparaître quatre grandes tendances entourant les rites mortuaires : 1) l'apparition de pratiques désordonnées pour se débarrasser des morts; 2) l'apparition des pratiques ordonnées pour maintenir un rapport sacré avec les morts; 3) l'émergence de conflits entourant la gestion des funérailles avec l'apparition des formes de contestation, pouvant aller jusqu'aux émeutes; 4) la mise en place des normes sanitaires, rapportées tant dans les contextes coloniaux que contemporains, par exemple avec l'épidémie de l'Ebola en Afrique de l'Ouest. Au temps du coronavirus, comment se situe la question de la mort et de ses rituels?

Cet article propose une analyse tirée d'un corpus d'articles parus dans la presse internationale pour cerner les effets de la pandémie sur la mort et les rites mortuaires. Une première analyse de 36 de ces articles a permis de faire ressortir les principaux thèmes abordés dans la presse en rapport avec la mort et le coronavirus. Ainsi, une seconde analyse thématique nous a permis d'étudier la question sous cinq grands axes : 1) l'épidémiologie de la mort; 2) la fin de vie des personnes atteintes du virus; 3) les modifications et adaptations des rites mortuaires qui ont parfois mené à des tensions entre l'état et les groupes religieux (Judaïsme, Christianisme, Islam, hindouisme, Bouddhisme et confucianisme);

4) les modalités du deuil et les sentiments associés; 5) l'esquisse de nouveaux rites de commémoration.

Au plan épidémiologique, un premier constat est la difficulté avec laquelle les contours de la mort sont difficiles à cerner, mais des tentatives sont faites de manière constante, notamment avec les statistiques annoncées quotidiennement. Les données statistiques sont encore floues et les omissions, les révisions, les surévaluations et les sous-évaluations nombreuses, notamment dues aux méthodes de recensement, aux délais d'entrer des données, aux modalités de diagnostic, à la confusion entre morts par COVID-19 et d'autres causes, aux pressions politiques, d'où des approximations face au nombre exact de morts. Pour sa part, la distribution des décès (domicile, hôpitaux, autres lieux) n'est pas encore connue. Les variations épidémiologiques selon les pays, les régions, les inégalités sociales et leurs déterminants ne sont pas encore cernées, mais il semble bien établi qu'à ce moment de l'épidémie, la COVID-19 affecte plus les hommes, les personnes âgées ou présentant des comorbidités sévères que les femmes et les jeunes.

Sur le plan de la fin de vie des personnes atteintes de la COVID-19, les articles de presse constatent la prédominance du milieu hospitalier pour celles qui sont les plus atteintes avec plusieurs effets sur l'entourage. À l'isolement du/de la malade, s'ajoutent des procédures lourdes (intubation, coma provoqué, durée de la période d'intubation) et des dilemmes éthiques pour le personnel de santé (anesthésistes, médecins) lié à la sélection des patients. Dans certains pays, des critères ont été émis en fonction de l'âge et des ressources alors que dans d'autres, des procédures de transfert hors des services de soins intensifs des patients en « période d'agonie » ont été mises en place. Les modalités de fin de vie se font dans des conditions éprouvantes, les mourants ayant plus peur de mourir seul(e)s que de souffrir : « Rien que l'idée suffit à les déstabiliser complètement ». Les intervenants en santé accompagnent, du mieux qu'ils le peuvent, les patients dans cette situation. Dans certains cas, des autorités religieuses (prêtre ou pasteur) peuvent accompagner les mourants dans les derniers instants, un moment privilégié refusé le plus souvent aux proches dû aux enjeux de contagion. Quelques journaux rapportent des initiatives d'assouplissement ou d'ajustement des modalités d'assouplissement des règles de distanciation pour permettre aux proches de se dire au revoir. Au Canada, par exemple, il est possible de passer quelques minutes avec un proche pour lui dire adieu, et ce, en suivant un protocole. Un hôpital a transféré tous ses patients en soins palliatifs dans un hôtel réaménagé, permettant aux malades de vivre leurs derniers moments dans le calme, dans un espace réservé où ils peuvent recevoir certaines visites de proches, selon des règles bien précises. En Israël, des structures vitrées ont été mises en place pour permettre un dernier 15 minutes de rencontre entre les mourants et leur famille, tout en respectant les mesures sanitaires. Ces rencontres sont permises par les médecins pour des raisons humanitaires et éthiques : ne pas laisser mourir seul le patient. Les technologies

de communication prennent une importance prépondérante dans ce contexte, démontré par le nombre d'articles faisant écho de leur utilisation pour pallier les mesures de distanciation physique. Si le contexte le permet, les intervenants en santé peuvent aider à transmettre des messages des familles au patient ou utiliser leur téléphone comme moyen de communication entre ces personnes, comme un téléphone accroché au support d'une perfusion intraveineuse. Des logiciels de vidéos pour une conversation en virtuel peuvent aussi être employés. Ces stratégies étaient plus facilement disponibles en début de pandémie, puisque l'augmentation du nombre de patients rend le contexte de travail peu fertile aux tâches non directement liées à la santé physique des patients.

De manières généralisées et significatives, les rites mortuaires ont dû être modifiés et adaptés. L'ensemble des rituels funéraires religieux ont été déstabilisés à un degré ou un autre par la pandémie. Dans un premier temps, des articles rapportent des transformations dans les pratiques entourant le cadavre pour assurer le maintien des règles de santé publique. La plupart des pays ont adapté l'interdiction de toilette mortuaire, mais quelques-uns ont eu plutôt recours à des mesures assouplies pour permettre la toilette avec le matériel de protection nécessaire (formation du personnel, housse hermétiquement fermée, etc.). Au Canada, aucun acte de thanatopraxie ne doit être pratiqué pour protéger le personnel funéraire et le corps doit être placé dans un simple cercueil avec une fermeture définitive et sans délai. De ce fait, l'exposition du corps en cercueil ouvert dans le salon funéraire n'est plus possible.

La gestion des cadavres pose aussi des problèmes dans les morgues à cause de leur nombre important. En Angleterre et aux États-Unis, les journalistes constatent des problèmes dans le transport et l'entreposage des corps, d'où le recours à des morgues de fortune (dépôts municipaux, zones industrielles, camions réfrigérés et hangars à avions).

Dans le cas des rituels de purification, centraux dans le Judaïsme et l'Islam, ils ont été soit maintenus comme au Pakistan, modifiés comme en Israël, où le rite est effectué sous protection, ou interdits comme en Tunisie où dès le décès, le défunt est placé dans un sac hermétique qu'il est interdit d'ouvrir. En Inde, les directives du gouvernement central indien interdisent de baigner ou d'embaumer le cadavre d'une victime de la COVID-19 et aux proches d'embrasser ou de toucher le corps.

Les pratiques entourant le déplacement du corps ont également été modifiées. En Israël, le corps est enroulé dans une enveloppe plastifiée pour protéger ceux qui le déplacent, car le cercueil n'est pas utilisé. En Tunisie, il est interdit d'amener la dépouille dans la maison familiale, le véhicule utilisé pour le déplacement vers le cimetière est soigneusement désinfecté et tout le personnel qui manipule le corps est protégé.

De leur côté, les salons funéraires maintiennent ou modifient leurs pratiques. Si en Suisse, pour l'heure, les directives actuelles n'entraînent aucune restriction sur le plan du rituel funéraire, dans la plupart des pays dont le Canada, les salons funéraires prennent des mesures spéciales (interdiction des accolades, désinfection des mains, condoléances à la famille par texte ou sur site web). Certains groupes des Premières Nations interdisent les cérémonies à l'intérieur, mais permettent celles en petit comité à l'extérieur.

Les articles constatent également des modifications dans les rituels de disposition finale du corps. Dans le cas des rites entourant l'enterrement, en Tunisie, la prière sur les morts avant l'inhumation est devenue un casse-tête alors que le corps est mis en terre dans un cercueil, et non à même la terre comme le veut le rite traditionnel musulman. De plus, dans certains cas, la tombe est scellée par des dalles de béton et couverte de chaux, empêchant ainsi toute contamination. En Israël, il est interdit de manier la pelle qui passe traditionnellement de main en main pour lancer une pelletée de terre dans la fosse creusée pour recouvrir le cadavre. La tradition a été modifiée de manière à ce que ce soit à main nue qu'un peu de terre soit jetée dans la fosse. En France, en contexte migratoire, les articles rapportent les difficultés pour les musulmans d'acquérir des terrains servant à des cimetières. À cause du coronavirus, les places disponibles sont encore plus limitées : « Seulement 600 communes disposent d'un groupement de sépultures musulmanes sur 35 000 en France. C'est très peu ». Aux Philippines, le corps d'un défunt musulman doit être placé dans un sac scellé et enterré dans le cimetière musulman le plus proche selon les rites, et ce, dans les 12 heures.

Dans certains cas, on constate des résistances et des violences entourant les enterrements. En Irak, la réception du corps peut prendre des semaines et il est difficile d'arranger l'enterrement alors que certains groupes et municipalités refusent de recevoir les corps qu'ils pensent infectés et contagieux, d'où l'intervention des militaires qui assurent l'enterrement. En Tunisie, une vingtaine de protestataires s'opposent à un enterrement sur la commune. La mise en terre a même nécessité un accompagnement militaire. À la fin mars, l'inhumation d'une femme décédée de la COVID-19, à Bizerte, avait déjà provoqué des affrontements entre des protestataires et la police.

Les incinérations ont dû elles aussi s'adapter à la pandémie. Dans les pays comme en Inde où l'incinération est prédominante dans les pratiques mortuaires hindouistes, les rives du Gange généralement bordées de bûchers funéraires sont actuellement vides en raison d'un verrouillage à l'échelle nationale. Les familles sont incapables de se déplacer pour disperser les cendres dans le fleuve et de ce fait les crématoriums débordent. La crémation a été rendue obligatoire pour tous les corps, mais la loi a été annulée suite aux interventions des musulmans opposés à cette pratique. En Chine, les familles n'ont pas pu collecter les cendres de leur parent au crématorium pendant des mois. Aux Philippines, selon le décret

gouvernemental, le corps d'une victime de la COVID-19 devrait être incinéré dans les 12 heures, à l'exception des religions interdisant la crémation. En Suisse, il n'y a plus d'inhumation des cendres et en France, la peur de l'incinération systématique est présente dans les groupes juifs et musulmans. De pareils enjeux interculturels sont observés lorsque des groupes juifs ou musulmans minoritaires se trouvent au sein d'un État. Lorsque les mesures mises en place par les États incluent des incinérations systématiques, elles peuvent devenir sources de discrimination raciale. Au Sri Lanka, les incinérations obligatoires ravivent les peurs de la minorité musulmane qui craint d'être de nouveau prise pour cible par les autorités.

Les déplacements des défunts dans d'autres pays que le pays du décès, que l'on retrouve notamment chez des Juifs qui demandent leur inhumation en Israël et dans les groupes musulmans en situation migratoire qui ont exprimé leur volonté d'être enterrés dans leur pays d'origine, deviennent impossibles ou très difficiles, d'où le recours à des enterrements provisoires. Un rabbin orthodoxe de New York a ainsi autorisé l'enterrement temporaire aux États-Unis jusqu'à ce que les expéditions des cercueils soient permises et que les corps puissent être exhumés et enterrés de nouveau en Israël. Dans le cas musulman, l'impossibilité de rapatriement du corps augmente la pression sur l'espace puisque le nombre de carrés musulmans dans les cimetières est restreint.

Pour ce qui est des funérailles, elles ont été interdites dans certains pays, comme l'Italie et la Chine. Ces deux pays font preuve d'un encadrement maximal des funérailles et ce n'est pas étranger à l'intensité de la crise. Alors que la Chine se déconfiner peu à peu et que certaines familles peuvent enterrer leur mort, les visiteurs des cimetières doivent passer au milieu d'énormes barrières en plastique orange, se faire prendre la température, puis être aspergés de désinfectant. Les familles doivent ensuite être escortées jusqu'au cimetière par des employés municipaux sous le prétexte de les acheminer en l'absence de transports en commun et de faire respecter les règles de distanciation sociale. Seul un nombre limité de personnes sont autorisées à se rendre sur les tombes pour les funérailles. Dans d'autres contextes, des mesures plus modérées sont mises en place et il est souvent permis à la famille immédiate d'y participer (Angleterre, Turquie), ou une poignée de participants devant respecter la distance sociale (Pakistan). Dans d'autres pays, un nombre limité de 10 endeuillés est permis (Brésil avec distance de 6 pieds, Australie, France, Juifs américains). En Suisse, le groupe de dix personnes inclut le personnel funéraire et si les proches du défunt excèdent ce nombre, le personnel reste à l'extérieur de la chapelle. Ailleurs, un maximum de vingt personnes (Inde, Israël) est permis.

Finalement, pour ce qui est des rites mortuaires, de la purification aux funérailles, ils font eux aussi de plus en plus appel aux techniques de communication pour compenser les minces possibilités de présence physique. Aux États-Unis, à Brooklyn, une communauté juive effectue les rituels de purifications virtuellement :

une caméra est placée au-dessus du corps et la personne responsable est sur Zoom et accomplit les rituels de purification en utilisant des pichets et des bols d'eau déversés. À cause de l'interdiction de réunion au moment de l'enterrement, plusieurs articles rapportent l'utilisation des ordinateurs portables ou des téléphones intelligents pour pouvoir suivre les cérémonies. En Angleterre, les cérémonies sont suivies par vidéo tout comme en Australie. Au Canada et en Australie, le panégyrique est partagé par iPad. Les maisons funéraires et les cimetières révisent aussi les stratégies de communication. En Suisse, les pompes funèbres lausannoises s'apprêteraient à mettre en place, sur leur page Facebook, des extraits vidéo pour pouvoir partager ce moment d'adieux avec celles et ceux qui n'auront pas pu y assister. En Chine, des cimetières proposent aux familles d'honorer leurs ancêtres en regardant une vidéo en direct, montrant le personnel s'occupant des tombes à leur place. Certains sites Internet proposent même d'entretenir une tombe « virtuelle », où une bougie numérique peut être allumée en hommage aux défunts.

Un autre aspect important de la mort est celui du deuil. Dans ce contexte pandémique, les difficultés liées au deuil sont amplifiées par l'impact de la mort en isolation et par l'absence de soutien de la famille et de l'entourage amical et autres. Ces derniers ne peuvent non seulement participer aux funérailles, mais ne peuvent également pas être à proximité après cette cérémonie. D'une certaine façon, le deuil peut se vivre sur la même tonalité que la mort du proche, seul. Les articles font ainsi mention de plusieurs dimensions touchant le deuil. Des ruptures dans les modalités de rituels de deuil juif marqué traditionnellement par une période de 7 jours de confinement à domicile (la Shiva), à part les sorties quotidiennes de visite au cimetière, sont édictées. La Shiva est donc remise en question, d'où le recours aux technologies de communication. Le Zoom sert à la création d'un espace web destiné aux personnes en deuil. Des rabbins libéraux ont aussi permis la réunion d'un quorum obligatoire de 10 hommes par vidéoconférence pour pouvoir réciter la prière traditionnelle pendant la Shiva. Au plan psychologique, les personnes endeuillées sont confrontées à l'impossibilité d'accompagner les personnes proches en fin de vie en raison de l'isolement et des règles de distanciation. Ils vivent ainsi une perte brutale et souvent difficile à accepter puisqu'il est impossible de voir le corps, le cercueil étant fermé. Il est aussi très difficile d'imaginer que la personne qu'on aime ait pu mourir dans la solitude, complètement abandonnée, dans un contexte parfois hyper médicalisé. Le sentiment de non-clôture de la relation est aussi prégnant à cause de l'impossibilité de faire ses adieux : « Tous ces mots qui n'auront pas pu être dits, ces pardons accordés ou reçus, ces paroles d'amour, ces ultimes opportunités de clore une relation dans la paix... ». Le deuil s'accompagne ainsi de sentiments de culpabilité et de colère qui peuvent être amplifiés selon la situation : avoir donné la maladie à la personne décédée, avoir laissé l'être cher mourir seul ou de ne pouvoir prendre soin des personnes en deuil, de ne pas avoir accompagné le défunt dans son passage vers l'au-delà.

Chez les juifs et musulmans, l'angoisse peut se nourrir d'idéations liées à la culpabilité de ne pas avoir suivi les rites prescrits, affectant ainsi la condition du défunt dans l'au-delà.

L'impossibilité d'offrir des funérailles dignes pour compenser la culpabilité face à la mort, à cause des restrictions funéraires, augmente la colère et la culpabilité. Le deuil est ainsi vécu dans la solitude intérieure, le confinement rendant difficile la présence de l'entourage ou au contraire la création d'un espace intime, lorsque des enfants sont présents. L'absence d'un retour à la vie normale (travail, rencontres), qui peut normalement aider au travail de deuil, peut amplifier les réactions problématiques. Les difficultés à recevoir le soutien nécessaire en période de deuil peuvent augmenter les risques de trouble anxieux et dépressif et l'apparition d'un deuil complexe (qui se prolonge dans le temps). Des articles insistent, en l'absence de soutien familial, à l'intérêt de recourir à des lignes téléphoniques d'aide. Pour pallier ces grandes difficultés émotionnelles, de nouvelles représentations émergent. Chez les juifs, les morts à cause de la COVID-19 se verront pardonner leurs péchés. Chez les musulmans, les corps exemptés de toilette mortuaire seront « élevés au rang de martyrs ».

Finalement, il ne faudrait pas oublier de mentionner que le contexte particulier et les restrictions y étant liées ont demandé des adaptations singulières et même les rites mortuaires ont su faire preuve d'innovation. En effet, des articles mettent en évidence les traces de nouveaux rites. À Long Island, un hôpital propose d'immortaliser les empreintes des victimes dans des moules en argile que les proches pourront garder en souvenir, faute d'avoir pu accompagner leurs défunts durant leurs dernières heures. Des blogueurs proposent des idées de rites de remplacement axés sur le virtuel (hommage virtuel, funérailles virtuelles, dîner virtuel). Des formes de commémoration commencent à apparaître dans plusieurs pays en mémoire des victimes de la COVID-19 et des intervenants en santé, morts en faisant leur devoir. C'est le cas en Chine où un hommage est rendu aux intervenants en santé décédés et considérés comme des martyrs, ainsi qu'aux lanceurs d'alerte comme le médecin chinois qui avait annoncé l'occurrence de l'épidémie. En Italie, les drapeaux ont été mis en berne et une minute de silence s'est tenue en souvenir des victimes du coronavirus. Des réflexions commencent à se faire jour quant aux formes de commémoration du « Grand confinement » et autour de la constitution du patrimoine matériel et immatériel entourant la pandémie.

La presse internationale nous a offert un parcours au sein des enjeux liés à la mort en contexte de pandémie telle que celle de la COVID-19. Le nombre élevé de morts et les mesures sanitaires compliquent les rituels en place, rendant l'épreuve difficile pour plusieurs, menant beaucoup à devoir réinventer leurs rites et représentations. Les changements se sont observés au niveau universel, comportant des particularités selon les pays et régions du monde.

Ces particularités dépendaient de plusieurs critères, comme l'intensité de la pandémie, la religion dominante et la présence de minorités, le climat politique et autres. Finalement, au niveau de l'individu, le contexte particulier de la pandémie complique le processus de deuil, processus déjà difficile. L'isolement, la culpabilité et la colère sont partis courants des deuils en période de pandémie. Une recherche ultérieure sera nécessaire pour comprendre les réels changements et ainsi distinguer les adaptations temporaires des changements sociaux plus profonds.

Références

Delaplace, G. (30 mars 2020). « Ce qu'il en coûte de négliger les morts en temps d'épidémie ». *L'Obs*. Consulté le 30 juillet 2020. <https://www.nouvelobs.com/idees/20200330.OBS26824/ce-qu-il-en-coute-de-negliger-les-morts-en-temps-d-epidemie.html>.



PLATEFORMES NUMÉRIQUES EN TEMPS DE CRISE : QUELS USAGES DES MÉDIAS SOCIAUX PENDANT LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19 ?

Farah Bérubé
Département de Lettres et de communication sociale
Université du Québec à Trois-Rivières



Serge Proulx, professeur émérite à l'École des médias de l'UQAM, est un spécialiste de la communication et des médias. En 2014, il ouvrait, en conférence plénière, le colloque international d'Agadir et sa présentation portait sur l'explosion des plateformes numériques et l'injonction d'y participer. Selon lui, les plateformes numériques affectaient, en 2014, la majorité des pratiques de communication. Instantanément, les utilisateurs étaient invités à participer activement au monde numérique. Déjà, Proulx remarquait que l'Internet avait explosé en une multitude de plateformes distinctes, mais interconnectées (Proulx, 2015). Des exemples probants de ce phénomène aujourd'hui sont les plateformes numériques de la famille Google. Une page de Wikipédia qui recense la liste des services en ligne de Google est impressionnante à cet effet, alors qu'au moment d'écrire ces lignes, j'y dénombrais 187 services Google en ligne¹. Les plateformes numériques, qui ont pris une telle ampleur de nos jours, « constituent des espaces publics, ou semi-publics, où des informations citoyennes peuvent circuler et s'échanger. Ce type d'échanges entre citoyens, distinct des échanges proprement commerciaux, offre la capacité de nourrir ou d'engendrer des pratiques de résistance » (Proulx, 2015, p. 35).

1 https://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_services_en_ligne_de_Google (consulté le 8 juin 2020)

Les quasi toutes premières formes de pratiques de résistance sur les plateformes numériques ont opéré sur les médias sociaux numériques en temps de crise lors du printemps ou des printemps arabes. S'en est suivi un tsunami de cas à l'international où on a observé que les pratiques des médias sociaux numériques ont joué un rôle significatif dans le déroulement des crises. Les études en communication sur le sujet des médias sociaux numériques en temps de crise ont incidemment explosé dans les dix dernières années relevant que l'émergence de ces médias avait fait perdre aux médias de masse traditionnels, ainsi qu'aux journalistes, leur pouvoir de contrôle de l'information transmise au public, ainsi que des débats dans l'espace public (Bogui et Agbobli, 2017). À titre d'exemple, j'ai réalisé une étude de genre sur la mobilisation citoyenne mexicaine #YoSoy132 qui a secoué les élections présidentielles de 2012 au Mexique. Le mouvement #YoSoy132 trouve ses origines dans un événement qui peut être qualifié d'anodin en période électorale, mais qui a fait boule-de-neige sur les nouvelles plateformes numériques (plus particulièrement sur la plateforme YouTube) et qui portait au banc des accusés le système médiatique traditionnel et ses liens avec les hommes politiques (Bérubé, 2015, p. 158).

La crise, ce moment qui bouleverse un système jusque-là cohérent (Barus et Dorna dans Bogui et Agbobli, 2017), peut être de différentes natures. Dans le cas qui nous préoccupe ces jours-ci au Québec, elle est sanitaire. L'information que les autorités cherchent à faire circuler est préventive (lavez-vous les mains, portez un masque. etc.), et elle est aussi coercitive (fermeture des commerces, rassemblements interdits, réouverture de certains secteurs d'activité, mais avec certaines règles. etc.). Les publics que doivent joindre les autorités sont tous les membres de la société. Le défi des communicateurs gouvernementaux dans la crise actuelle au Québec est gigantesque alors qu'ils doivent joindre petits et grands, francophones et allophones, Montréal et les régions, alouette. Au Québec et ailleurs, les différentes autorités ont formaté des messages adaptés pour les adolescents, les tout petits et les seniors, sans oublier les membres des communautés ethnoculturelles. Les autorités ont enfin investi tous les médiums de communication pour diffuser les différents messages, dont les médias sociaux numériques.

Les citoyens et les groupes de citoyens occupent eux aussi un espace dans les médias sociaux numériques en transmettant et en partageant des informations sur la COVID-19, voire en débattant de la crise. Le projet Femmes-relais interculturelles du Carrefour de ressources en interculturel (CRIC) est une application forte originale d'utilisation des médias sociaux numériques par un groupe de citoyens pour rejoindre et informer le public des communautés ethnoculturelles pendant la crise sanitaire².

2 <https://criccentresud.org/femmes-relais-interculturelles/> (consulté le 8 juin 2020).

Je suis convaincue que les études, les colloques et les articles en communication et en médias sur le sujet des pratiques et des usages des médias sociaux numériques pendant la crise sanitaire vont pulluler dans les prochaines années. Quels ont été les effets des campagnes de communication de gestion de crise des autorités sur le numérique pendant la pandémie de la COVID-19 ? Quels groupes ont été rejoints par ces campagnes et lesquels ne l'ont pas été ? Ou encore quels ont été les usages des médias sociaux numériques pendant la pandémie de la COVID-19 par les citoyens ? On doit laisser le temps à la recherche de se faire; il est trop tôt aujourd'hui pour prétendre que, comme dans les autres crises des dix dernières années, les médias sociaux numériques ont permis aux citoyens de prendre le contrôle de l'information et de débattre de la crise à la place des autorités, et en contournant les voies traditionnelles de la communication.

Dans les premières semaines de la crise sanitaire au Québec, il m'a semblé observer un retour en force du journalisme, de la consommation des médias traditionnels d'information et du suivi attentif des conférences de presse des gouvernements par les différents publics. Les habitudes de consommation et d'usage des différents médias ont-elles été modifiées avec et pendant la crise sanitaire ? Mon autre observation concerne la particularité « en confinement » de cette crise qui force les citoyens, jeunes et moins jeunes, à user des médias sociaux numériques pour notamment demeurer en contact, pour travailler ou étudier, pour s'informer, pour socialiser et réseauter, pour se divertir, pour obtenir des soins et pour consommer les produits essentiels. Il m'apparaît que les plateformes numériques, dont les médias sociaux numériques, ont joué un rôle qui dépasse la transmission d'informations et le débat des opinions publiques. Imaginons-nous la même crise, mais en 2003, soit un an avant la création de Facebook. Comment aurions-nous vécu le confinement sans les médias sociaux numériques ?

Références

- Bérubé, F. (2015). « #YoSoy132, la mobilisation citoyenne mexicaine qui a secoué les élections présidentielles de 2012 », *Médias et changements. Formes et modalités de l'agir citoyen*, F. Daghami, F. Toumi et A. Amsidder (dir.), pp. 145-159, Paris : L'Harmattan.
- Bogui, J.-J. et C. Agbobli (2017). « L'information en périodes de conflits ou de crises : des médias de masse aux médias sociaux numériques », *Communication, technologies et développement* [En ligne], numéro 4, consulté le 8 juin 2020. URL : <https://journals.openedition.org/ctd/705>.
- Proulx, S. (2015). « Inclusion numérique, appropriation, participation : ce que l'usage des technologies peut faire au changement social », *Médias et changements. Formes et modalités de l'agir citoyen*, F. Daghami, F. Toumi et A. Amsidder (dir.), pp. 23-45, Paris : L'Harmattan.



VULNÉRABILITÉ ET RÉSILIENCE SOCIALES EN CONTEXTE DE PANDÉMIE

Isabelle Comtois
Département d'anthropologie,
Université de Montréal

Bob W. White
Département d'anthropologie,
Université de Montréal



En quelques semaines seulement, l'impact de la pandémie de COVID-19 s'est fait ressentir dans toutes les sphères de notre société. La peur d'être contaminé et la mise en place des mesures de distanciation physique ont transformé notre quotidien et ce, tant à l'échelle individuelle (perte de repères et d'emploi, perturbation de nos habitudes quotidiennes et de nos liens sociaux) que collective (inaccessibilité de certains biens et services, stigmatisation de certains groupes) (INSPQ, 2020). Ces effets sont cependant inégalement ressentis. Alors que certains parviennent à maintenir tant bien que mal une certaine stabilité, d'autres sont exposés à davantage de situations de vulnérabilité, creusant les inégalités sociales et économiques. Dans ce contexte d'insécurité et d'incertitude, la résilience apparaît pour certains comme la réponse idéale pour favoriser la réduction de ces inégalités et renforcer la cohésion sociale (INSPQ, 2020; Rufat, 2011). Or, le lien entre la vulnérabilité et résilience ne fait encore aujourd'hui l'objet d'aucun consensus. L'objectif de ce texte n'est pas d'ouvrir un débat épistémologique sur les notions de résilience et de vulnérabilité et leur utilisation, mais plutôt de proposer une réflexion sur les impacts de la pandémie chez les individus à partir d'une réflexion au sujet de ces deux notions.

UNE CRISE POTENTIELLEMENT TRAUMATOGENÈ POUR LA POPULATION

Les crises qu'elles soient sanitaires, financières ou engendrées par des catastrophes naturelles ont des répercussions significatives non seulement sur la santé physique et psychologique des individus, mais également sur leur vie conjugale, familiale, professionnelle et sociale. Des études menées lors de précédentes pandémies ont permis d'observer une augmentation significative de la détresse psychologique se manifestant par de l'anxiété, de la dépression, de l'insomnie, de la colère, de la solitude et pouvant mener au stress post-traumatique et au suicide (Berg-Weger et Morley, 2020; Gurney, 2020; INSPQ, 2020). Les études préliminaires menées dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19 ont relevé que la détresse psychologique des adultes et des aînés a plus que doublé entre février et avril 2020 (Granier et Zorn, 2020). Une équipe de chercheurs de l'Université de Sherbrooke¹ a également montré que dans les premiers mois de la pandémie, un Canadien sur quatre (25,5 %) manifestait des signes d'un potentiel trouble de stress post-traumatique² et qu'une proportion tout aussi importante (25,4 %) montrait également des symptômes susceptibles d'être associés à un trouble d'anxiété généralisée (Université de Sherbrooke, 2020).

Si la pandémie a généré une augmentation significative du stress au sein de la population, les études antérieures dans ce domaine ont montré une très grande variabilité des réactions des individus face à ces événements adverses. Une étude longitudinale, menée auprès de 997 survivants de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003 à Hong Kong, a permis d'identifier quatre trajectoires possibles de dys(fonctionnement) social et psychologique : la résilience, le rétablissement rapide ou lent et le dysfonctionnement chronique (Bonanno et al., 2008; Chen et Bonanno, 2020)³. L'étude a révélé que près de la moitié des participants ont été identifiés comme étant résilients, car ils semblaient peu ou pas perturbés dans leur fonctionnement quotidien. Un nombre significatif de participants ont pour leur part manifesté une adaptation fonctionnelle, c'est-à-dire une trajectoire de récupération caractérisée par un léger dysfonctionnement initial s'étalant sur quelques semaines (rétablissement rapide) ou mois (rétablissement lent), puis sont revenus progressivement à leur niveau normal de fonctionnement (Anaut, 2015; Chen et Bonanno, 2020; Maltais et Larin, 2016). Cependant, entre 5% et 10% des survivants

1 Ces données proviennent du projet de recherche « The role of communication strategies and media discourse in shaping psychological and behavioral response to the COVID-19 outbreak : an international comparative analysis » mené par les professeurs Gabriel Blouin-Genest, Marie-Eve Carignan, Marc D. David, Mathieu Roy et de la docteure Mélissa Généreux.

2 À titre indicatif, environ 5% à 10% de la population souffre de stress post-traumatique hors des périodes de pandémie ou de catastrophes naturelles (Borde, 2020).

3 Bonanno et al. (2008) ont suivi les participants sur une période de 18 mois pour évaluer leur fonctionnement psychologique et physique après 6, 12 et 18 mois à l'aide du « Medical Outcome Study Short-Form Health Survey » (SF-12).

ont développé un dysfonctionnement psychologique et social chronique. Ces personnes ont vu apparaître ou s'aggraver des troubles physiques ou psychologiques qui ne se sont résorbés qu'après plusieurs années⁴ (Chen et Bonanno, 2020; Maltais et Larin, 2016)⁵. En raison de ces différences dans les réactions individuelles, le psychiatre Michel Delage (2008) préfère qualifier ces événements adverses de « traumatogène » plutôt que « traumatisant » ou « traumatiques ».

Si ces études sur le stress se sont principalement intéressées à l'impact du stress engendré par des événements traumatogènes sur le fonctionnement des individus, les études sur la vulnérabilité et la résilience ont porté une grande attention aux facteurs de risque et de protection qui modulent le stress ressenti et le dys(fonctionnement) des individus confrontés à de tels événements (Cunha et Thomas, 2017). Si les approches par la vulnérabilité et la résilience ont été mobilisées tour à tour par les sciences environnementales et biomédicales, la gestion des risques, la psychologie, la psychiatrie et la gériatrie, elles relèvent également de différents courants de pensée, expliquant en partie l'absence de consensus autour de la définition de la vulnérabilité et de la résilience ainsi que de leur relation (Benitez et Reghezza, 2018). Alors que les premières recherches dans ce domaine du stress se sont principalement focalisées sur une approche par la vulnérabilité, nous pouvons observer un glissement vers une approche par la résilience à partir des années 1980 (Barroca, DiNardo, et Mboumoua, 2013; Cunha et Thomas, 2017). Si certains voient dans ces notions des affinités, voire une complémentarité, d'autres les conçoivent plutôt comme des notions indépendantes, voire opposées, nous amenant ainsi à devoir examiner l'impact de la pandémie de COVID-19 à partir des deux approches (ibid.).

LA PANDÉMIE DE COVID-19 VUE PAR L'APPROCHE PAR LA VULNÉRABILITÉ

Au cours des derniers mois, nous avons pu observer un accroissement des risques d'être contaminé par la COVID-19 ainsi qu'une apparition ou amplification des vulnérabilités chez plusieurs groupes sociaux (aînés, personnes (im)migrantes et racialisées, femmes et enfants victimes de violence domestique). S'il nous faut davantage de recul pour saisir les impacts à long terme de cette pandémie, plusieurs études tentent actuellement de documenter les effets traumatogènes chez ces différents groupes sociaux.

4 À cet effet, Takiieddine et Tabbah (2020) ont mobilisé le concept de « double dépression », soit le fait que les personnes qui souffrent ou qui ont souffert de troubles dépressifs peuvent voir leur état s'aggraver en réaction à la crise sanitaire.

5 Dans leur étude Bonanno et al. (2008) ont tenu compte du rôle possible de facteurs démographiques (âge, genre, statut professionnel, revenus, éducation, statut marital, nombre d'enfants) ainsi que la présence de traumatismes antérieurs et d'un réseau de soutien.

Au Québec, le nombre disproportionné de cas d'infection et de décès venant des CHSLD⁶ a reçu beaucoup d'attention dans les médias depuis le début de la pandémie. Le sous-financement du secteur de la santé conjugué à la pénurie de main-d'œuvre ont, entre autres, mené à l'échec de protection adéquate des aînés dans les CHSLD. Par ailleurs, des chercheurs ont observé que les aînés en isolement physique prolongé semblent connaître une détérioration plus rapide de leurs capacités physiques et cognitives (Ferah, 2020). Chez le personnel soignant où l'on trouve une forte concentration de femmes et de personnes racisées, s'ajoutent des facteurs de risque organisationnels (déficit d'équipement de protection individuelle, temps supplémentaire, réaffectation de postes, communication déficiente) qui ont augmenté significativement non seulement leur risque d'être contaminé et de vivre un épuisement professionnel, mais a également accru les abandons de la profession (El-Hage et al., 2020; Wu, Connors, et Everly, 2020).

Certains groupes en raison d'inégalités sociales préexistantes vivent les effets de cette crise plus intensément. Un sondage mené par Feng Hou, Kristyn Frank et Christoph Schimmele (2020) a montré que près d'un tiers des personnes qui occupaient un emploi avant la pandémie l'ont perdu ou ont vu leurs heures de travail se réduire. La discrimination et la stigmatisation des femmes, des personnes (im)migrantes et de certains groupes ethniques et religieux limitent l'accès aux ressources dont ils ont besoin pour atteindre une qualité de vie (éducation, emploi, logement, santé, justice) et au sentiment d'être en sécurité (Ferah, 2020; Hachey, 2020). À ce propos, Pierre Anctil (2020, dans cet ouvrage) souligne que l'écllosion du virus dans certains quartiers a accru les risques de stigmatisation de certaines communautés culturelles et religieuses. Un sondage mené par Statistiques Canada a par ailleurs révélé que les personnes immigrantes (29%) étaient presque deux fois plus susceptibles que les personnes nées au Canada (17%) à craindre d'être la cible de comportements indésirables (Hango, 2020). Les raisons évoquées pour expliquer cette crainte étaient liées à leur identité raciale et/ou au fait que leur lieu de travail était associé à un risque accru de contracter la COVID-19 (ibid.).

Si ces premiers constats permettent effectivement d'entrevoir une amplification des vulnérabilités chez plusieurs groupes sociaux, nous souhaitons susciter une réflexion sur la façon dont l'approche par la vulnérabilité permet d'appréhender des phénomènes complexes comme la crise de la COVID-19. Si la notion de vulnérabilité est mobilisée par plusieurs disciplines (psychologie, sociologie, écologie, urbanisme), sa définition ne fait pas encore l'objet d'un consensus en raison des différentes approches conceptuelles et méthodologiques dont elle fait l'objet. Comme le soulignent Claire Levy-Vroelant, Michel Joubert et Christoph Reinprecht (2015), la vulnérabilité est, d'une part, associée à des

6 CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée.

notions concurrentes ou parallèles, tels la menace, le risque, la fragilité, la sensibilité, la faiblesse, la défaillance, la déficience, le traumatisme ou encore la blessure (Barroca, DiNardo, et Mboumoua, 2013; Martin, 2019). La polysémie qui entoure la définition de la vulnérabilité découle, d'autre part, des différentes échelles où cette notion a été mobilisée (individuelle, groupale, organisationnelle urbaine), chacune se référant à des enjeux et des problématiques qui leur sont spécifiques (Barroca et al., 2013). À partir de quelle(s) échelle(s) doit-on alors saisir la vulnérabilité dans le contexte de pandémie actuelle? Si ce sont les individus qui affrontent les crises, c'est au niveau des systèmes sociaux (familial, organisationnel, urbain) que se manifestent les conditions qui rendent les crises plus ou moins difficiles pour la population. Mobilisant une approche systémique, la notion de vulnérabilité sociale entendue comme « la résultante de la conjonction entre des ressources (dispositions et capacités à agir), des fragilités (possibilité d'être affecté ou blessé dans son équilibre et/ou son intégrité) et un environnement marqué par la précarisation de masse et le recul des protections, assigne un rôle déterminant au contexte dans lequel s'opèrent ces articulations » semble particulièrement pertinente (Lévy-Vroelant et al., 2015, p. 17). De ce fait, la vulnérabilité sociale permet de saisir 1) la dimension contextuelle des crises; 2) le rôle joué par les facteurs de risques et de protection dans l'intensité de la crise ressentie par les différentes catégories de la population; et 3) le fait qu'il y a des catégories de la population qui vivent les crises plus intensément et ce, quel que soit la gravité de la crise (vulnérabilité globale).

Or, la mobilisation d'une approche par la vulnérabilité sociale pour analyser les effets de la pandémie demeure néanmoins paradoxale. Elle permet certes de s'éloigner des approches individuelles de la vulnérabilité et de mettre de l'avant les barrières structurelles et systémiques comme facteurs d'amplification des risques pour les groupes marginalisés d'être contaminés par le virus, de subir de la discrimination et de la stigmatisation (Cunha et Thomas, 2017 : 46). Néanmoins, l'« étiquette » de groupes vulnérables est susceptible de devenir source de stigmatisation pour ces derniers et peut parfois occulter les trajectoires individuelles et les capacités d'agir des individus et des groupes marginalisés (Castel, 2011). En ce sens, nous avons observé un glissement d'une approche de protection des groupes marginalisés à une approche de prévention depuis les années 1980, ouvrant ainsi la voie à l'approche par la résilience.

LA PANDÉMIE DE COVID-19 VUE PAR L'APPROCHE PAR LA RÉSILIENCE

Également polysémique, la notion de résilience a d'abord été mobilisée par les sciences physiques et mécaniques pour définir les propriétés de résistance aux

chocs et d'élasticité des matériaux pour ensuite être reprise par les sciences écologiques et les sciences sociales. Marie Anaut (2015) souligne à ce propos que la coexistence de plusieurs courants de pensée fait également de la résilience un concept multidimensionnel et multiscalaire. La résilience est, d'une part, souvent associée ou confondue aux notions de renouvellement, de réorganisation, d'émergence, de bifurcation, de persistance, de résistance, d'adaptation, de flexibilité, d'élasticité, de renaissance et de reconstruction (Barroca et al., 2013). Une recension de la littérature permet, d'autre part, de constater que la résilience a été mobilisée à différentes échelles : individuelle, familiale, territoriale, communautaire et urbaine (Cyrulnik et Elkaïm, 2009; Quenault, 2013). Enfin, la résilience, toutes échelles confondues, a été définie à la fois comme une caractéristique intrinsèque, une capacité, un processus ou encore le résultat d'une adaptation. Se pose alors le même questionnement que pour l'approche par la vulnérabilité. À partir de quelle(s) échelle(s) doit-on alors saisir la résilience dans le contexte de pandémie actuelle? À l'instar de la vulnérabilité, la résilience ne peut se penser qu'à partir d'une approche systémique, soit dans la relation de l'individu avec les différents systèmes sociaux. C'est dans cette perspective que la résilience sociale devient particulièrement intéressante pour rendre compte de la façon dont les événements traumatogènes vécus par les individus dans le contexte actuel de la pandémie s'inscrivent en enjeu collectif et autour duquel les communautés, les organisations et les villes sont appelées à se mobiliser (Adger, 2000; Buchheit et al., 2016; Mills et Clinquart, 2006). La résilience sociale pourrait ainsi se concevoir « comme un processus multifactoriel reposant sur une capacité à mobiliser des ressources individuelles et sur des conditions externes favorables (soutiens familiaux, pérfamiliaux, pairs, communautés sociales d'appartenance, etc.)⁷ » (Anaut, 2015 : 35) permettant ainsi un résultat adaptatif pour agir *a posteriori* vers un « nouveau normal » ou affronter de nouveaux chocs (Chappell et Welsh, 2020; Cyrulnik et Elkaïm, 2009; Rufat, 2011). S'inscrivant dans une perspective plus large, Neil Adger définit pour sa part, la résilience sociale comme « la capacité des groupes ou des communautés à faire face aux stress et aux perturbations externes résultant de changements sociaux, politiques et environnementaux (2000 : 347).

S'il est encore trop tôt pour réaliser une analyse de la résilience sociale dans le contexte actuel de pandémie, nous avons déjà pu relever un certain nombre de réponses des collectivités susceptibles d'être considérées comme des facteurs de protection pour les individus et des groupes marginalisés. Nous avons pu constater que les licenciements temporaires et permanents et l'insécurité

7 Pour Boris Cyrulnik, le tuteur de résilience est avant tout une personne significative pour un individu, parfois à son insu, mais qui permet à la personne de surmonter les événements et les contextes adverses (Cyrulnik et Elkaïm, 2009) À cet égard, Dimitry Davydov et ses collaborateurs (2010) affirment que la résilience augmente de 40 à 60% lorsqu'une personne peut compter sur un soutien social.

alimentaire sont tous des facteurs qui ont un impact direct sur la résilience sociale. Au Canada et au Québec, la réponse gouvernementale à la pandémie a consisté, entre autres, en un déploiement d'un éventail de programmes gouvernementaux (Programme canadien d'urgence, subventions salariales, mesures de soutien aux entreprises et organismes communautaires) pour soutenir les différents segments de la population et leur assurer un niveau minimal de résilience sociale. Néanmoins, les impacts de la pandémie de COVID-19 et l'accès aux protections gouvernementales ont été inégaux entre les groupes sociaux (Shields et Alrob, 2020). Plusieurs catégories de personnes, dont les populations (im)migrantes, ont été exclues des aides (ibid.). Si les organismes communautaires ont suspendu ou ralenti l'offre de certains services en raison des mesures sanitaires, ils n'ont pu que constater que les besoins de la population pour leurs services, principalement pour les services de sécurité alimentaire et les banques alimentaires, ont explosé. Plusieurs organismes et tables de concertation ont mis en place des cellules de crise, pour répondre aux différents besoins des citoyens. Par exemple, le Centre d'action bénévole communautaire Saint-Laurent s'est assuré que les personnes ne pouvant se déplacer puissent recevoir leur épicerie (Lavoie, 2020). Pour sa part, le CARI St-Laurent a maintenu ses cours de langues et ses services d'insertion socioprofessionnelle des personnes immigrantes en passant par la vidéoconférence. À l'annonce des mesures de distanciation physique, plusieurs citoyens ont manifesté leur solidarité par la création sur les réseaux sociaux de pages ou de groupes de soutien communautaire. En effet, nombre de citoyens se sont portés volontaires pour aller à l'épicerie ou à la pharmacie pour aider les personnes en quarantaine ou isolées de leur famille. Enfin, la communication claire, effective, précise et opportune est un élément majeur des modèles de résilience communautaire (Maltais et Larin, 2016). Au début de la pandémie, Diversité artistique Montréal, en partenariat avec la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP), la Ville de Montréal (SDIS), le Conseil des arts de Montréal (CAM) et le Conseil interculturel de Montréal, se sont mobilisés à l'instar d'autres organismes pour réaliser des capsules audio et vidéo multilingues permettant de rejoindre des personnes et communautés qui se situent au croisement de plusieurs enjeux : fracture numérique, plurilinguisme, isolement social, conditions économiques fragiles et vulnérabilité en matière de santé. Pendant plusieurs semaines, soit à l'aide d'un porte-voix ou d'un camion muni de haut-parleurs, ces capsules ont été diffusées en quatre langues différentes, dans différents arrondissements de Montréal.

Si l'approche par la résilience est celle qui est actuellement privilégiée pour prévenir et protéger les populations des événements traumatogènes, elle fait l'objet d'un certain nombre de critiques, principalement par la difficulté à opérationnaliser le concept (Rufat, 2011). À l'instar des concepts qui font référence à la notion de capacité, la résilience ne peut se concevoir que sur le plan de la potentialité. En ce sens, elle ne peut s'étudier *qu'a posteriori*, c'est-à-dire lorsqu'une personne ou un groupe social a été confronté à un événement

traumatogène. Mais dès lors, à partir de quels critères, et du point de vue de quels acteurs, peut-on mesurer la résilience? Comment savoir si une personne ou un groupe social a atteint ou non un certain degré de résilience? Comment mesurer les améliorations obtenues ou souhaitées? Comment tenir compte des enjeux de résilience à plusieurs niveaux, individuellement, en termes organisationnels, et au niveau sociétal dans l'étude des impacts de la pandémie de COVID-19?

UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE DE LA VULNÉRABILITÉ ET DE LA RÉSILIENCE?

Pour saisir les impacts de la pandémie de COVID-19 sur la population, tant la vulnérabilité que la résilience ont été identifiées comme des notions-clés multidimensionnelles et multiscales qui peuvent faciliter la compréhension des interactions complexes entre l'individu et les systèmes sociaux. Si la frontière sémantique et conceptuelle entre la vulnérabilité et la résilience nous apparaît clairement, leur référence à des phénomènes sociaux similaires nous pousse instinctivement à chercher à concilier ces deux approches. Se pose alors la question de l'intégration de leurs différents cadres de références. Au cours des dernières années, des chercheurs ont proposé une mise en complémentarité des approches par la vulnérabilité et la résilience (Buchheit et al., 2016; Quenault, 2013). La mobilisation de l'approche complémentariste de Georges Devereux permet de concevoir que ces deux cadres de références ne peuvent ni n'être saisis simultanément, ni se substituer, ni se réduire ou se fondre l'un dans l'autre, mais qu'ils sont nécessaires pour comprendre les impacts de la pandémie de COVID-19 sur la population (1972)⁸. De ce fait, ces deux approches ne présument ni des mêmes facteurs ni des mêmes courants de pensée; l'approche par la vulnérabilité accordant une plus grande importance aux facteurs de risque et l'approche par la résilience portant une plus grande attention aux facteurs de protection. Une analyse complémentariste permet de comprendre que les personnes peuvent être à la fois résilientes et vulnérables. La résilience ou la vulnérabilité ne sont, en ce sens, jamais absolues, totales ou permanentes; elles varient ainsi selon les contextes et les événements (Michallet, 2010; Rutter, 1993). Enfin, l'approche complémentariste permet également de saisir qu'une réduction de la vulnérabilité n'implique pas nécessairement un accroissement de la résilience et inversement, mais qu'il est impératif de chercher à réduire les situations de vulnérabilité pour renforcer la résilience.

8 Selon Devereux toute explication d'un phénomène complexe doit reposer sur au moins deux discours, « d'une part, que le phénomène en question est à la fois réel et explicable et, d'autre part, que chacune de ces deux explications est "complète" (et donc valable) dans son propre cadre de référence » (1972 : 9).

Si les approches par la vulnérabilité et par la résilience ont été conçues, d'abord, dans une perspective analytique (Miller et al., 2010), se pose alors la question de la conciliation de ces différents cadres de références lorsque vient le temps de concevoir des politiques, des stratégies et des actions visant à réduire les effets des facteurs de vulnérabilité et à favoriser l'émergence des facteurs de résilience dans la population. Pour les groupes vivant des situations de vulnérabilité, comment peut-on faciliter leur passage vers un état de résilience? Si plusieurs chercheurs se sont penchés sur ces questions, il n'existe actuellement aucun consensus sur les réponses. De plus en plus de chercheurs préconisent de mobiliser une approche systémique⁹. Dans leur article « Cadres théoriques mobilisant les concepts de résilience et de vulnérabilité », Pauline Buchheit, Patrick d'Aquino et Olivier Ducourtieux (2016) proposent un cadre d'analyse systémique, inspirée du courant de pensée sur la résilience des écosystèmes, reposant à la fois sur une approche par acteur et par finalité (entendu ici au sens cybernétique). D'une part, la vulnérabilité et la résilience ne peuvent pas être évaluées indépendamment du point de vue d'un individu ou d'un groupe d'acteurs, « sans les fonder dans une même représentation systémique » (2016 : 20). S'il existe autant de finalités que d'acteurs, la résilience sociale devient, selon Brigit Obrist, Constanze Pfeiffer, et Robert Henley (2010), une finalité particulièrement pertinente pour inscrire l'expérience vécue de la pandémie de COVID-19 par les différents groupes sociaux en enjeux collectifs et autour de laquelle les communautés et les villes sont appelées à se mobiliser. L'approche par la résilience sociale permet d'aller au-delà de la seule gestion des risques préconisée par les premières approches de la résilience urbaine¹⁰. Elle permet de tenir compte des caractéristiques rattachées à l'évènement traumatogène (sévérité de l'exposition) aux caractéristiques de la collectivité (situation géographique, taille, cohésion sociale) ainsi qu'aux différentes catégories d'acteurs qui composent cette collectivité et de leurs facteurs de risque (âge, sexe, origine ethnique, santé physique et psychologique) et de protection (capital social) (Norris et al., 2002).

Si l'adoption d'une approche systémique fait de plus en plus consensus, Buchheit et al. (2016) soulignent qu'il existe encore des lacunes sur les actions à entreprendre pour assurer une résilience sociale minimale à l'ensemble de la population. Si l'approche systémique préconise la prise en compte du point de

9 Si les analyses sur la vulnérabilité et la résilience sociale mobilisent une approche systémique reposant sur la résilience des écosystèmes, Buchheit et al. (2016) ont identifié d'autres courants de pensée (viabilité des socioécosystèmes, cogestion adaptative). Côté et White (en évaluation) proposent une analyse de l'utilisation des approches systémiques en contexte interculturel, notamment dans la recherche sur la santé et la sécurité au travail. Le questionnement de la compatibilité de ces différents courants de pensée pourrait faire l'objet d'une discussion ultérieure.

10 Reposant sur les approches systémique et socioécologique, la résilience urbaine se définit, d'une part, comme la capacité des villes à absorber une perturbation et à se réorganiser. (Adger, 2000). Elle s'inscrit, d'autre part, dans un processus d'amélioration continue visant à mettre profit les capacités d'apprentissage et d'adaptation du système urbain pour maintenir ou renforcer les facteurs de protection de la population (Toubin, Lhomme, Diab, Serre, et Laganier, 2012).

vue des acteurs, Buchheit et al. soulignent que « le processus ne débouche pas forcément sur une unique vision partagée de l'espace, mais permet de mieux mettre en lumière les incompatibilités et complémentarités entre points de vue. Il reste aujourd'hui à développer une démarche et des outils permettant de confronter les finalités qu'attribuent différents acteurs à leur environnement » (Buchheit et al., 2016 : 21). Dans leur étude sur la résilience de la communauté de Mégantic suite à la tragédie du déraillement ferroviaire de 2013, Danielle Maltais et ses collaborateurs (2016) ont identifié cinq facteurs semblant favoriser l'émergence d'une résilience sociale : les ressources économiques; les ressources communautaires et gouvernementales; l'engagement citoyen; la communication et le capital social¹¹. Bien que nous soyons encore au cœur de la déferlante de la pandémie, nous ne pouvons pas nous empêcher de penser à l'après-pandémie. Le dilemme qui nous attend au lendemain de crise sanitaire est particulièrement clair : continuer de faire ce que nous avons toujours fait, ce qui peut sembler rassurant ou encore de décider d'apporter des transformations significatives à la société pour mettre en place des conditions favorisant la résilience pour toutes les catégories de la population.

Références

- Adger, W. N. (2000). « Social and Ecological Resilience: Are they Related? » *Progress in Human Geography*, 24(3), 347-364.
- Anaut, M. (2015). « La résilience : Évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques ». *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 28-39.
- Barroca, B., DiNardo, M. et Mboumoua, I. (2013). « De la vulnérabilité à la résilience : Mutation ou bouleversement ? ». *EchoGéo*, (24).
- Benitez, F. et Reghezza, M. (2018). « Les capacités à faire face ou comment repenser la résilience des individus ». *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement*, (Hors-série 30).
- Berg-Weger, M. et Morley, J. E. (2020). « Loneliness and Social Isolation in Older Adults During the Covid-19 Pandemic : Implications for Gerontological Social Work ». *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 24(2).
- Bonanno, G. A. et al. (2008). « Psychological Resilience and Dysfunction Among Hospitalized Survivorso f the SARS Epidemic in Hong Kong : A Latent Class Approach ». *Health Psychology*, 27(5).
- Borde, V. (2020). « Faut-il avoir peur... du stress post-traumatique ? » *L'actualité*, 5 août, Repéré à <https://lactualite.com/sante-et-science/faut-il-avoir-peur-du-stress-post-traumatique/>

11 À cet égard, Davydov et al. (2010) affirment que la résilience augmente de 40 à 60% lorsqu'une personne peut compter sur un soutien social.

- Buchheit, P., d'Aquino, P. et Ducourtieux, O. (2016). « Cadres théoriques mobilisant les concepts de résilience et de vulnérabilité ». *VertigO*, 16(1).
- Castel, R. (2011). « La dynamique des processus de marginalisation : De la vulnérabilité à la désaffiliation. » *Cahiers de recherche sociologique*, (22), 11-27.
- Chappell, A. et Welsh, E. (2020). « Resilience, Relationality, and Older People : The Importance of Intergenerationality ». *Sociological Research Online*, 1-17.
- Chen, S. et Bonanno, G. A. (2020). « Psychological Adjustment during the Global Outbreak of COVID-19 : A Resilience Perspective ». *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S51-S54.
- Côté, D. et White, B. W. (en évaluation). « Work Precariousness, Systemic : Theory, Intercultural communication », *Occupational health services*.
- Cunha, A. da et Thomas, I. (2017). *La ville résiliente : Comment la construire?* Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cyrulnik, B., et Elkaim, Mony. (2009). *Entre résilience et résonance : À l'écoute des émotions*. Paris : Éditions Fabert.
- Davydov, D. M. Stewart, R., Ritchie, K., et Chaudieu, I. (2010). « Resilience and Mental Health ». *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Delage, M. (2008). *La résilience familiale*. Paris : Odile Jacob.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- El-Hage, W. et al. (2020). « Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : Quels risques pour leur santé mentale? » *L'Encéphale*, 46(3), S73-S80.
- Ferah, M. (2020). « Ces aînés "qu'on ne reconnaît plus" ». *La Presse*. 13 août, Repéré à <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-08-13/ces-aines-qu-on-ne-reconnait-plus.php>
- Granier, A. L. et Zorn, N. (2020). *Baromètre des inégalités*. Observatoire québécois des inégalités. Repéré à <https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBECIc/asset/files/OQI%20-%20Barome%CC%80tre%20des%20ine%CC%81galite%CC%81s%20-%20aou%CC%82t%202020.pdf>
- Gurney, C. (2020). *Out of Harm's Way? Critical Remarks on Harm and the Meaning of Home During the 2020 Covid-19 Distancing Measures*. Glasgow : UK Collaborative Centre for Housing Evidence.
- Hachey, I. (2020, 25 août). « Inégaux devant la pandémie ». *La Presse+*. Repéré à http://plus.lapresse.ca/screens/39efa88f-462a-479d-af97-20ee26a003c8__7C__0.html
- Hango, D. (2020). « Crainte de stigmatisation liée à la COVID-19. » Statcan et la COVID-19 : *Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, (No au catalogue 45280001).
- Hou, F., Frank, K. et Schimmele, C. (2020). *Répercussions économiques de la COVID-19 chez les groupes de minorité visible*. Statistique Canada. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00042-fra.htm>
- INSPQ. (2020). *COVID-19 : La résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.
- Lavoie, L. (2020, 31 mars). « Les organismes en soutien aux immigrants se réorganisent à Saint-Laurent ». *Journal Métro*. Repéré à <https://journalmetro.com/local/saint-laurent/2434469/les-organismes-en-soutien-aux-immigrants-se-reorganisent-a-saint-laurent/>

- Lévy-Vroelant, C., Joubert, M. et Reinprecht, C. (2015). « Partie I. Vulnérabilités en contexte ». *Culture et Société*, 17-100.
- Maltais, D. et Gauthier, S. (2013). « Le contexte social des catastrophes naturelles ou l'importance de tenir compte du concept de vulnérabilité dans la prévention et la gestion des catastrophes ». La gestion des risques majeurs : *La résilience organisationnelle-Apprendre à être surpris*. Montréal, Québec, Canada : éditions Yvon Blais, Collection FidRisk, 345365.
- Maltais, D. et Larin, C. (2016). *Lac-Mégantic : De la tragédie... À la résilience*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 4(4), 667-677.
- Michallet, B. (2010). « Résilience : Perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques ». *Frontières*, 22(1-2), 10-18.
- Miller, F. et al. (2010). « Resilience and Vulnerability : Complementary or Conflicting Concepts? » *Ecology and Society*, 15(3).
- Mills, C. W. et Clinquart, P. (2006). *L'imagination sociologique*. Paris : La Découverte.
- Norris, F. H., et al. (2002). « 60,000 Disaster Victims Speak : Part I. An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981-2001 ». *Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 207-239.
- Quenault, B. (2013). « Retour critique sur la mobilisation du concept de résilience en lien avec l'adaptation des systèmes urbains au changement climatique. » *EchoGéo*, (24).
- Rufat, S. (2011). *Critique de la résilience pure*. Manuscrit soumis pour publication. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00693162>.
- Rutter, M. (1993). « Resilience : Some Conceptual Considerations ». *Journal of adolescent health*, 14(8), 626-631.
- Shields, J. et Alrob, Z. A. (2020). *COVID-19, Migration and the Canadian Immigration System : Dimensions, Impact and Resilience*. Toronto : York University.
- Takieddine, H. et Tabbah, S. A. (2020). « Coronavirus Pandemic : Coping with the Psychological Outcomes, Mental Changes, and the "New Normal" During and After COVID-19 ». *Open Journal of Depression and Anxiety*. 2(1), 7-19.
- Toubin, M., Lhomme, S., Diab, Y., Serre, D. et Laganier, R. (2012). « La Résilience urbaine : Un nouveau concept opérationnel vecteur de durabilité urbaine ? » *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, 3(1), 1-17.
- Université de Sherbrooke. (2020, 22 avril). « COVID-19 : Des troubles de stress et d'anxiété bien présents au Québec et au Canada, aggravés par la désinformation ». *Université de Sherbrooke*. Repéré à <https://www.usherbrooke.ca/medecine/accueil/nouvelles/nouvelles-details/article/42735/>.
- Wu, A. W., Connors, C. et Everly, G. S. (2020). « COVID-19 : Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience ». *Annals of Internal Medicine*, 172(12), 822-823.



L'ÉTAT DE SOINS AUX AÎNÉS AU QUÉBEC :

UN APPEL POUR UNE AUTOPSIE DES CHSLD AU-DELÀ DE LA COVID-19

Kalpana Das

Formatrice, consultante et chercheure-communautaire
en diversité-pluralisme et interculturelité

Ancienne présidente-directrice générale
de l'Institut Interculturel de Montréal



INTRODUCTION

Cet article est une adaptation légère d'un mémoire présenté au Protecteur du citoyen du Québec au mois d'octobre 2020, en vue de son enquête publique sur l'état alarmant des établissements de soins de longue durée pour les aînés. Mon intention est d'apporter un regard critique sur l'état de ces établissements de soins aux aînés à titre de *proche soignante*¹ d'un aîné pendant cinq ans.

Mon apport critique est basé sur mes observations et mes réflexions quant au fonctionnement d'un établissement et les services de soins prodigués aux aînés résidants dans cet établissement. Les sources principales d'informations sont donc des faits concrets enracinés dans le vécu d'un aîné habitant un CHSLD du Nord-de-l'Île de Montréal, ainsi que mon expérience quotidienne en tant que proche soignante.

Mon implication au sein du CHSLD s'étend de 2015 à 2020. On ne peut comprendre l'impact de la COVID-19 sans connaître et comprendre le contexte et la situation des soins avant la pandémie. Celui-ci nous révèle les multiples drames individuels et annonce la catastrophe collective vécue avec la pandémie. Les enjeux que

1 Afin d'alléger le texte, certains mots genrés ont été mis au féminin.

j'aborde sont principalement liés à la qualité et à l'organisation des soins et services offerts au CHSLD en question.

Mes propos sont organisés autour des axes suivants : 1) l'expérience de la crise de la COVID-19 dans le CHSLD; 2) un regard critique sur les problématiques liées à l'organisation du CHSLD et l'état des soins; 3) la collaboration de la proche soignante; 4) l'amélioration des services de soins; et 5) conclusion : un modèle d'interdépendance?

L'EXPÉRIENCE DE LA CRISE DE LA COVID-19 DANS UN CHSLD

En tant que **proche soignante** et amie mandatée pour les soins de M. Dayan², j'ai été, pendant le confinement, la témoin impuissante du moment où il a rendu son dernier souffle grâce à une caméra de surveillance que nous, les proches, avons installée dans sa chambre au CHSLD. Il faut noter que depuis plus de trois ans, nous assumions le midi, le soir et au coucher, son alimentation, son hydratation, sa prise de médicaments, sa sécurité, sa stimulation, l'accompagnement et une présence soutenue. Après un mois de confinement, il est mort seul, déshydraté et dans des conditions inimaginables dues au manque de personnel, d'équipement protecteur, d'attention médicale et au désarroi organisationnel. Il était atteint d'Alzheimer depuis dix ans et souffrait d'importants problèmes cardiaques et pulmonaires qui le rendaient un bon candidat pour la COVID-19. Il n'a jamais été capable d'utiliser la sonnette et appeler à l'aide en cas de besoin.

LE RÉCIT DU DÉCÈS D'UN AÎNÉ

« Il est décédé le 12 avril après un mois de confinement. À partir de l'après-midi du 8 avril, mercredi, il a commencé une petite toux. Le personnel est réduit en nombre avec de plus en plus de remplaçants pas habitués. Ils n'arrivent pas à le faire manger. Ils ne lui donnent pas d'eau à boire. La journée du jeudi 9 avril, la situation devient pire. Il tousse de plus en plus et est sans soins d'hygiène jusqu'en après-midi. Il n'arrive pas à avaler quoi que ce soit. Je le vois de plus en plus faible, il réagit de moins en moins même à ma voix quand je lui parle par le haut-parleur de la caméra. La nuit de jeudi, je l'entends tousser et respirer la bouche ouverte avec le bruit des sécrétions dans la gorge. Jusque-là, aucune attention n'est apportée pour investiguer ce qui est en train de se passer. Aucun test de dépistage de la COVID-19, ni de prise des signes vitaux. Je vois le chaos, tout le monde semble stressé. Le vendredi 10 avril, l'infirmière auxiliaire régulière lui fait

2 À des fins de confidentialité, le nom du patient a été modifié.

prendre un peu de lait avec un peu de ses médicaments. Pas encore lavé, il n'a ni mangé ni bu. Je réussis à parler de la situation avec l'auxiliaire et aussi à l'infirmière régulière. Les signes vitaux et la température sont pris. Elle m'informe qu'il fait 38.9°C de fièvre et qu'elle va faire la demande pour le test de COVID-19. Le samedi 11 avril, la situation s'aggrave beaucoup. Aucune personne n'est venue pour les services avant 12h. Une dame vient avec des médicaments, elle l'appelle par son nom, il ne répond pas, il continue de respirer bouche ouverte, le bruit des sécrétions est de plus en plus fort. La dame quitte la chambre sans essayer d'administrer les médicaments, même pas son Ventolin pour l'aider à respirer, et sans vérifier ce qui se passe. Il est en énorme détresse, personne ne le réalise. Je passe la journée à regarder la caméra en panique et n'arrive pas à rejoindre le personnel pour l'aider. Je lui parle pour voir s'il réagit à ma voix. Il bouge ses mains en faisant un mouvement pour me dire « aidez-moi »! Vers 14h, je réussis à parler avec une dame qui me dit qu'elle est une infirmière d'agence et qu'elle s'occupe de deux étages. Pour raccourcir ce récit, je passe au samedi soir quand quelqu'un vient prendre les signes vitaux et la température à 21h30, il fait 39.9°C. On lui met un suppositoire pour la fièvre, la seule aide médicale qu'il a eue. Les équipements médicaux sont souvent défectueux! La nuit du samedi, il est à l'agonie et moi avec lui. Il n'arrive pas à RESPIRER! Je ne suis pas sûre s'il va survivre à la nuit et je me prépare au pire. Dimanche le 12 avril, la même histoire se reproduit, aucun service. À 10h30, je réussis à parler avec l'infirmière sur l'étage qui me dit qu'elle est toute seule et qu'elle fait les deux jobs d'infirmière et d'auxiliaire. Je vois qu'il s'en va et qu'il n'arrive pas à tenir le coup. Je suis certaine que son cœur va lâcher. Je plaide auprès d'elle pour contacter le médecin afin de lui donner quelque chose pour soulager sa souffrance! Hélas! Elle vient finalement vers 11h, elle met un timbre de morphine et apporte une bombonne d'oxygène, qui ne fonctionne pas. Une autre dame vient et elles sont obligées de changer trois fois la bombonne d'oxygène qui ne fonctionne pas. Vers 12h30, elles quittent la chambre. Il est positionné la tête plus élevée. Il est plus confortable pour respirer pendant environ une heure. Deux préposées entrent dans la chambre pour le laver. Elles ne semblent pas du tout au courant de la gravité de sa condition. Elles font leurs soins sur son corps presque sans vie, le manipulent en le basculant de gauche à droite, la tête complètement baissée. De plus, elles lui mettent un masque sur la bouche parce que sa bouche est ouverte. Je n'arrête pas de leur dire "s'il vous plaît il n'arrive pas à respirer". Elles le positionnent tout droit et quittent la chambre. Mes yeux sont fixés sur la caméra et je suis bouleversée de le voir arrêter de respirer à peine une minute après qu'elles aient quitté la chambre à 14h25! Son cœur a lâché sous mes yeux! On l'a laissé mourir en agonie pendant trois jours. »

De quoi est-il mort? De COVID-19 ou de négligence et maltraitance systémiques? Je n'ai jamais eu la réponse de leur part. Samedi, l'infirmière me dit qu'elle n'était pas au courant si le test a été fait ou non. Dans la même conversation, elle dit que le résultat va probablement arriver dimanche. Dimanche, il est déjà mort. À la fin de la journée du décès, la responsable de l'établissement m'appelle pour m'offrir ses condoléances et me demande si je désire aller le voir. Elle me dit que le test est revenu négatif sauf qu'elle contredit l'information lors de mon départ en disant que le dépistage va être fait lundi! Il semble qu'il n'a pas été testé alors qu'il avait les symptômes les plus évidents de la COVID-19 tels qu'une fièvre forte et un problème respiratoire aigu, combiné à son état cardiaque. Pourquoi n'a-t-il pas été testé? Et ce malgré le fait qu'il y a déjà un bon nombre de résidents à l'étage qui ont été infectés et transférés à la zone chaude?

Comment a-t-il été contaminé? La période d'incubation du virus est de 14 jours, n'est-ce pas? Les symptômes ont été visibles le 8 avril, et il est décédé le 12 avril. En faisant le calcul de deux semaines d'incubation, nous arrivons à la fin mars, n'est-ce pas? Par qui? Les « visiteurs » n'étaient pas admis depuis le 14 mars. Quelles mesures de contrôle ont été appliquées auprès des employés pour prévenir la contamination? Test? Usage d'équipements de protection? Tous les employés circulaient d'une chambre à l'autre, d'une aile à l'autre sans les protections requises pour éviter de contaminer les résidents. J'ai eu souvent la réponse : « *nous n'avons pas la consigne de porter ces équipements.* »

UN REGARD CRITIQUE SUR LES PROBLÉMATIQUES LIÉES À L'ORGANISATION DU CHSLD ET L'ÉTAT DE SOINS

Le jour de la fermeture des portes aux « visiteurs » de l'établissement, j'avais le sentiment que je ne le reverrais plus. Intérieurement, je lui ai dit « Adieu » quand je l'ai quitté à 23h30 et ce, après lui avoir donné ses médicaments, assuré son hygiène buccale, l'avoir hydraté pour la nuit et l'avoir fait changer de position par les préposées. Je n'avais aucun doute que c'était la dernière fois. Il ne pouvait pas survivre. S'il ne mourait pas de la COVID-19, il allait mourir de faim, de soif et du sentiment d'abandon. Le dysfonctionnement et le chaos de l'établissement sont déjà chroniques à tous les niveaux : la gestion du personnel et des services, l'équipe de soins est mobile ou vole d'un établissement à l'autre, d'un étage à l'autre, l'instabilité et la discontinuité sont la règle du jeu dans cet établissement de soins de longue durée. C'est ce que j'ai constaté dès la première année que nous avons transféré notre cher ami à ce centre d'hébergement.

La COVID-19 : révélatrice des problèmes chroniques dans le réseau de soins des aînés

Depuis l'ordonnance de confinement du gouvernement du Québec, le 14 mars 2020, et l'interdiction d'entrée dans les hôpitaux et les CHSLD il y a eu le battage médiatique quotidien sur l'état horrible des aînés, particulièrement dans les hébergements de longue durée au Québec et au Canada. La pandémie de COVID-19 vient d'ouvrir la boîte de Pandore des problèmes qui habitaient ces établissements privés ou publics depuis longtemps. Sous-financement, pénurie de main-d'œuvre et différentes réformes de structure ont été identifiés comme des problèmes dans les reportages médiatiques et dans les journaux. Jour après jour, nous sommes bombardés par les cris des familles qui se sentent impuissantes parce qu'elles sont maintenues dans l'obscurité sur la condition de leurs proches dans les CHSLD, les cris du personnel qui se sent submergé dans ses tâches dédoublées et la non-familiarité avec le centre d'hébergement et ses résidents puisqu'ils viennent d'une agence ou d'un autre établissement, ou encore à cause du désarroi des gestionnaires sur place. Nous avons vu, le 2 mai, au Point de presse à LCN, Nadia Lambert, une infirmière dévouée, sortir de l'établissement en larmes en disant « *est-ce que je dois soigner les patients ou régler le problème de porte qui ne ferme pas pour la protection des résidents et je n'arrive pas à rejoindre quelqu'un de la direction. J'en ai assez et je démissionne!* »³ C'est le cri d'une infirmière d'un CHSLD à Laval.

Diagnostic actuel du problème par des instances officielles

Ce qui se passe est scandaleux! Tout cela ébranle les autorités des différents paliers du gouvernement. Nous avons vu le gouvernement passer de l'ébranlement et du désarroi au mea culpa et à l'adoption de mesures d'urgence telles que l'appel aux médecins spécialistes et à d'autres professionnels de la santé pour faire du bénévolat, ainsi que le déploiement de l'armée canadienne, etc. Toutes ces mesures visent à contrer la pénurie de personnel, soulager leur surmenage et venir en aide face aux nombreux cas d'absence pour avoir contracté l'infection ou à cause de la peur de la contracter. Les familles ont réclamé leur droit d'entrer pour être présentes et accompagner leurs proches. Le gouvernement a donné des directives le permettant, mais elles n'ont pas été suivies pendant des semaines!

Au premier abord, ce qui a été retenu par les autorités comme diagnostic du problème, c'est la pénurie des ressources humaines et financières et, comme solution, la nécessité d'augmenter les salaires et le personnel. En deuxième

3 <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-05-02/j-ai-vu-l-horreur-denonce-une-volontaire-en-chsld>

lieu, c'est le manque flagrant d'équipements de protection. Finalement, le gouvernement a tardivement reconnu la nécessité de la présence des proches aidants. Il y a aussi d'autres problèmes très importants qui ont été soulevés dans les médias. Une pédiatre bénévole dans un CHSLD déplorait le fait qu'elle ne trouvait pas d'équipements médicaux ou qu'ils étaient défectueux. Un médecin à l'Hôpital Juif constatait que des patients des CHSLD arrivaient fréquemment à l'hôpital complètement déshydratés et sous-alimentés.

Il y a eu des questionnements plus en profondeur qui ont été soulevés par des analystes sur les sources du problème, comme les impacts des réformes successives dans le réseau de la santé et des services sociaux. On pointe du doigt la nouvelle organisation du système de santé et des services sociaux du gouvernement Couillard en 2003, axée sur la mission des hôpitaux, fusionnant les CLSC, CHSLD à ces derniers⁴. En 2015, Gaétan Barette amène l'hypercentralisation du système autour des CISSS (Centres intégrés des services sociaux et de santé) et CIUSSS (Centres intégrés universitaires des services sociaux et de santé). Au-delà des jeux d'idéologies politiques d'une administration à l'autre, nous devons aller beaucoup plus loin dans l'historique de la création des CHSLD et poser la question de fond : pourquoi a-t-on créé les hébergements pour les personnes âgées et ce, malgré le fait qu'il ne s'agisse que d'une minorité des personnes âgées qui se trouvent dans ces établissements? Qu'advient-il des services à domicile pour ceux et celles qui vivent avec un membre de famille ou seuls? Quelque chose de très grave se passe, et c'est le temps de se réveiller et de se faire interpellé en tant que société par des questions de fond sur le vieillissement et la place des aînés dans notre société!

Regard critique de proche soignante

Tout ce que nous avons entendu sur les drames de vie des aînés depuis l'écllosion de la pandémie n'est rien de nouveau. Ce sont des conditions habituelles et chroniques dans ces établissements depuis longtemps, comme l'ont mentionné les médias à plusieurs reprises. À mon avis, il s'impose une véritable autopsie globale de ce système dit de soins des personnes âgées qui est plutôt une industrie, autant dans sa philosophie que dans sa structure. Mon intention ici est de faire lever une voix que nous n'avons pas ou très peu entendue. Il s'agit aussi de partager l'expérience vécue des défis au quotidien d'une proche soignante et, ainsi, de poser un regard critique sur ces établissements. Francine Pelletier s'exprimait ainsi dans la Chronique du Devoir du 15 avril 2020⁵, « *La couleur des*

4 Louise Harrel, Idées, Le Devoir, 25 avril 2020. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/577689/l-echec-des-mega-etablissements>.

5 <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/576990/l-angle-mort>.

murs, d'abord, pour ne rien dire de la couleur des « bénéficiaires » (qui a eu l'idée d'une telle formule?), indique d'emblée qu'il ne s'agit pas de lieux propices pour bénéficier de grand-chose. Il s'agit trop souvent de mouroirs, disons-le, plutôt que de véritables milieux de vie ».

Cette image n'est pas loin de ce que j'ai constaté, mais probablement à des degrés variables d'un établissement à l'autre. Combien de fois, quand j'essayais simplement d'attirer l'attention des infirmières, des chefs d'unité, des préposées aux bénéficiaires (PAB) sur les interventions et les soins inadéquats, ai-je eu la réponse « partout c'est comme ça, madame! » Est-ce que cela justifie ces pratiques inadéquates, voire inacceptables? Cela indique-t-il plutôt que le système est ainsi fait et qu'on n'a qu'à vivre avec?

Une carence dans la qualité des services et les compétences du personnel à tous les niveaux : les incidents critiques

Luc Mathieu, président des infirmières et infirmiers du Québec, affirme dans la Presse Canadienne du 21 avril : « ... avant la crise de COVID-19, il y avait un manque de ressources et d'expertise infirmières en CHSLD. À mon avis, le Québec doit revoir le modèle de soins prodigués aux personnes âgées »⁶.

CHSLD, un milieu de vie? Vraiment? Oui, c'est vrai qu'il y a un cahier d'information donné aux résidents et leurs proches lors de leur arrivée qui s'intitule « Bienvenue dans votre nouveau milieu de vie ». Ce document contient la description des objectifs de l'hébergement et de ses divers services, ainsi que des règlements, des procédures, des valeurs rattachées à la mission de l'établissement. À première vue, c'est impressionnant et rassurant de lire la promesse d'offrir « un milieu de vie de qualité qui respecte vos besoins et vos attentes », accompagnée de valeurs telles que la sécurité, l'interdépendance, la compassion, l'altruisme, la dignité, l'engagement, le respect, etc. Nous y retrouvons aussi de l'importance de la collaboration des familles ou des proches, ainsi que d'offrir « des soins et des services de qualité adaptés à vos besoins. Privilégiant une intervention personnalisée et continue, des professionnels de disciplines variées travaillent en étroite collaboration avec vous et votre famille ».

Sans doute que l'intention derrière la mission et les objectifs est louable et sincère. Est-ce que c'est réaliste et réalisable dans la situation organisationnelle de ces établissements de soins de longue durée? Mon expérience indique clairement que ce sont plutôt de bonnes intentions ou de la pensée magique. De mon point

6 <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-04-21/trois-ordres-professionnels-enqueteront-sur-les-chsld>

de vue, le critère essentiel à un milieu de vie est le sentiment d'appartenance de la part de toutes les parties impliquées, autant des résidents que des employés. Sur le terrain, les choses se passent autrement et sont loin du portrait décrit dans ce document. Ces institutions ont été créées dans le but de fournir les soins de longue durée et ce, pour répondre aux besoins de la population vieillissante en perte d'autonomie et des familles impuissantes à les soigner. À mon avis, c'est la qualité des soins qui doit être l'objectif de ces centres d'hébergement. À cela, il faut comprendre les physiques, mentaux et spirituels, c'est-à-dire le soin global de la personne.

Dans un article de Mathieu Dion (Radio Canada), correspondant parlementaire à Québec, daté du 29 novembre 2018, il cite Madame Marie Rinfret, protectrice du citoyen qui constate dans son rapport que « Ce n'est plus un milieu de vie. Ça ne devient qu'un milieu de soins, de soins de base. Compte tenu de la mission des CHSLD, on se retrouve dans des situations qui s'apparentent à de la maltraitance organisationnelle »⁷.

Mon expérience et mes observations pendant cinq années démontrent ce que dit Madame Rinfret. Au lieu de l'épanouissement, on constate le dépérissement graduel, parfois rapide, des résidents. J'ai eu des commentaires des PAB ou des infirmières disant « maintenant, on voit de plus en plus que les résidents ne durent pas longtemps ». Qu'est-ce que cela signifie? Avant, ce n'était pas comme ça? Pourquoi est-ce ainsi? J'ai constaté qu'il y a un non-dit dans l'approche de soins que je nomme comme un esprit ambiant qui incite à donner un minimum de soins et qui n'est pas en mesure d'assurer une qualité de vie aux résidents ou même une vie de « longue durée ». Cela se traduit de différentes façons, dont le manque de ressources professionnelles et de ressources matérielles telles que des équipements médicaux, le déplacement des bénéficiaires vers les ressources externes spécialisées, à l'exception du dentiste, l'administration des médicaments, l'alimentation, etc. Ces approches de gestions et de soins nous donnent le sentiment que les résidents arrivent dans ces institutions non pas pour y vivre, mais pour y mourir.

Est-ce possible de faire les choses autrement avec la philosophie de soins actuelle et la structure organisationnelle? Le modèle des soins de santé est plutôt industriel, basé sur la quantité de préférence à la qualité des services, sur les technologies, sur la productivité, comme dans les usines où la prestation des services est gérée par la minuterie. Ce modèle de gestion, apparenté à la philosophie de gestion de type Lean (méthode Toyota), a été introduit à la fin des années 90!

Ce n'est pas un hasard si un infirmier en remplacement de l'infirmière régulière m'a dit : « ... Nous sommes des professionnels formés de la même façon, et on

7 <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1138798/protectrice-citoyen-sante-soins-inondations-sinistres>.

peut faire notre travail comme un mécanicien dans un garage qui peut réparer n'importe quelle auto. Nous n'avons pas besoin de connaître le patient vraiment. » Je lui ai répondu : « Je suis désolée, monsieur, mon ami-aîné n'est pas une auto, il est un être humain qui souffre, réagit, crie quand ça fait mal, ou pleure parce qu'il ne comprend pas ce que vous faites et pourquoi vous lui faites mal. » Cette conversation a eu lieu après une intervention faite par cet infirmier que j'avais observé par la caméra, et à qui j'ai parlé de son intervention tout à fait non réussie et inacceptable auprès de notre cher ami.

Selon ce que j'ai constaté pendant presque cinq ans, ce n'est pas seulement l'expertise infirmière, mais les compétences à tous les niveaux qui manquent, au point où j'ai été obligée de m'organiser avec une équipe d'amis et quelques personnes engagées au privé pour soigner notre cher M. Dayan. Il faut reconnaître que j'ai eu le plaisir de rencontrer des soignantes consciencieuses et compétentes qui étaient prêtes à écouter et à collaborer. Malheureusement, j'ai plus souvent entendu leurs commentaires de frustration et d'épuisement, et même leur envie de démissionner. On peut compter sur le bout des doigts le personnel compétent, que ce soit l'infirmière, l'auxiliaire, ou le PAB.

Je ne peux pas dire non plus que les services de médecin étaient satisfaisants. La présence et l'accès limité au médecin ont souvent fait en sorte qu'une réponse à une demande de consultation prenait des jours, voire des semaines. Le fonctionnement du personnel était chaotique, la main gauche ne sachant pas ce que faisait la main droite. Pour avoir une réponse à une simple question comme « est-ce qu'il a mangé? », on pouvait tourner en rond pour avoir une réponse pas claire ou ne pas avoir de réponse de tout. Tout le monde se lance la balle et personne n'est responsable! Il y a un manque quasi total de supervision du personnel et de surveillance des résidents.

Les Incidents critiques

Les carences dans les pratiques de soins et de gestion seront mises en évidence par des illustrations de situations concrètes, problématiques et contentieuses, autant dans la prestation des soins que dans la gestion. Ces situations ou incidents critiques sont documentés dans un journal que j'ai tenu pendant ces dernières années, mes lettres aux chefs d'unité, les notes des rencontres avec les intervenantes, ainsi que des photos de l'insalubrité et, depuis septembre 2018, des vidéos enregistrées par la caméra de surveillance placée dans la chambre de M. Dayan. J'ai mis en place toutes ces manières de documenter la situation dans le but de faire un rapport aux responsables et de discuter avec eux de l'amélioration des soins. Je juge que faire des plaintes à la pièce ne donne aucun résultat durable dans le contexte de l'instabilité constante du personnel, de la gestion chaotique et bricolée et ce, à l'intérieur d'une structure de type industriel centrée sur la

productivité et contrôlée par la minuterie, où la quantité est plus importante que la qualité.

Dans mon journal, il y a nombreuses notes sur les situations critiques. L'analyse de toutes ces données peut faire l'objet d'un article en soi, ce qui n'est pas possible ici. Je m'en tiens à deux situations pour illustrer plusieurs problèmes de pratique qui constituent, à mon avis, de la maltraitance organisationnelle, ainsi que de la négligence professionnelle et organisationnelle flagrante.

LES INCIDENTS

Services d'hygiène des PAB

Depuis l'apparition de son incapacité à assurer son hygiène personnelle au mois de février 2017, M. Dayan a vécu une énorme difficulté à comprendre pourquoi « ces gens-là » viennent le toucher, laver, etc. Ce n'était pas seulement la perte d'autonomie, mais beaucoup plus la perte de sa dignité qui, continuellement, le perturbait. Je l'entendais souvent crier de l'extérieur de la chambre, en disant « respectez-moi »; « ça fait mal » ou « faites-le doucement », « je suis étourdi ». Le voyant continuellement en détresse, j'ai décidé de suivre les soins physiques de prêt et j'ai ensuite installé la caméra de surveillance en septembre 2018.

INCIDENTS. Le mardi 8 janvier 2019, service du soir : je suis présente de midi à 23h00 pour le soigner et m'assurer que les services soient effectués. À 16h30, les soins d'hygiène ne sont pas faits. À 19h30, toujours personne en vue pour ses soins d'hygiène. À 19h45, je sonne la cloche après avoir essayé de voir l'infirmière pour lui faire part de la situation. Je ne trouve personne au poste. Notre ami aîné baigne dans l'urine et les selles. Après 20h00, deux préposées arrivent. Elles m'expliquent que les gens qui sonnent la cloche ont la priorité de service. Il faut ici souligner un enjeu majeur : même en ma présence, le résident n'a pas eu le service d'hygiène prévu à 16h30. J'imagine qu'il n'aurait probablement eu aucun service si j'avais été absente, car il ne savait pas comment sonner la cloche et demander de l'aide. Que deviennent les gens qui ne sont pas en mesure d'appeler à l'aide?

LES ENJEUX : encadrement, supervision des PAB et gestion des services, approche de travail non adaptée à la personne souffrant de déficiences cognitives, manque de préoccupation pour rejoindre le patient, c.-à-d. établir le contact, le rassurer et le sécuriser. Oubliions l'empathie, car les soignantes sont centrées sur leurs tâches et le temps accordé pour faire leur « job ».

Services médicaux : l'histoire de rougeur

Vendredi, le 31 août 2018, deux préposées ne savent pas comment mettre la grenouillère pour la nuit. Je le leur montre. Je les guide pour établir le contact et rassurer M. Dayan parce qu'il a peur du levier pour le transporter du fauteuil au lit. Une fois mis au lit, je constate qu'il y a du sang sur le piqué! J'examine son dos et je trouve qu'il est tout rouge! Je demande aux préposées, à l'auxiliaire et à l'infirmière présentes cette soirée-là, à quoi sont dus ces saignements. Personne n'est au courant! Ça me prend plus de quatre semaines pour avoir l'attention du médecin. Entre-temps, une infirmière propose d'appliquer une crème. La condition s'aggrave. De plus, l'application de la crème pose problème pour les soins d'hygiène puisque d'une préposée à l'autre, d'une équipe à l'autre (l'infirmière ou l'auxiliaire), elles ne sont pas toutes au courant.

Fin septembre 2018 (la date exacte n'est pas notée), le médecin prescrit une crème antibiotique pour appliquer sur son dos deux fois par jour, le matin et le soir. Hélas! L'information ne circule pas de l'infirmière à l'auxiliaire et aux préposées. Il est en souffrance, « *ça pique, ça pique* », la seule chose qu'il peut dire. Il est très perturbé. L'inefficacité de l'application du médicament continue d'aggraver la condition. À au moins six occasions, je trouve sa main gauche pleine de sang; la démangeaison est tellement forte qu'il se gratte. Je suis donc obligée de surveiller l'application du médicament sur place ou par la caméra. Presque quatre mois sont passés depuis ma découverte du problème.

Le lundi 28 janvier 2019, à mon arrivée de 16h45 pour le faire souper, je trouve mon ami au fauteuil, très perturbé et répétant « *ça pique, ça pique!* ». Je remarque sa main gauche et les ongles pleins de sang séché. Je sais tout de suite qu'il s'est gratté le dos du côté gauche. La rougeur s'est répandue de sa fesse jusqu'à son épaule gauche. Cette fois, je réussis à trouver l'infirmière au poste et je lui demande de venir voir la situation avant que je lui lave la main et fasse quelque chose pour le soulager! Cette situation se répète plusieurs fois par la suite. Les préposées ne voient pas le sang dans sa main ou sur le drap ou elles l'ignorent simplement! De nouveau, j'essaie d'avoir une visite du médecin pour réévaluer le problème de rougeur.

Finalement, le jeudi 28 mars 2019, la dame de compagnie que nous avons embauchée au privé vient lui faire manger son dîner. En même temps, le médecin arrive, accompagné de l'infirmière et de l'auxiliaire, pour examiner son dos. Il y a quatre personnes à son chevet. Ce n'est rien pour le rassurer. Déjà, ce matin, il n'a rien mangé, car l'infirmière qui est venue pour lui donner le petit déjeuner ne semble avoir aucune idée des problèmes cognitifs de mon ami et ne fait aucun effort pour le rejoindre. Elle lui demande « vous

ne voulez pas manger? ». Il est moitié endormi, ne répond pas. L'infirmière quitte la chambre, elle y est restée exactement 7 minutes!

À l'heure du dîner, les professionnels des soins médicaux arrivent pour l'examiner. J'observe la scène par la caméra. Personne dans le groupe ne sait de quel côté est la rougeur de son dos! Ils le basculent d'un côté à l'autre et il ne comprend rien à ce qui se passe, devient perturbé et étourdi. J'appelle la dame de compagnie par téléphone et lui dit de le tourner du bon côté. Elle arrive à communiquer avec lui et à le tourner du bon côté pour que le médecin puisse l'examiner.

Après son examen, le médecin m'appelle pour m'expliquer que la condition s'est *« bien aggravée et que ce n'est pas beau ce qu'il voit »*. Je l'informe que le traitement avec la crème prescrite n'a jamais été appliqué régulièrement le matin et le soir. C'est ainsi que je suis obligée de prendre en charge tous les soirs l'application de la crème. La rougeur s'est tellement répandue autour des deux galles de son dos qu'il se gratte, que ça saigne et qu'à plusieurs reprises je trouve sa main et le drap du lit tâché de sang. Pendant tous ces mois, le traitement est plus ou moins suivi et j'ai été obligée de faire moi-même une grande partie de la surveillance et des soins. L'information ne passe pas auprès des préposées, des auxiliaires, des infirmières, régulières ou remplaçantes, d'une équipe à l'autre!

Je dis au médecin : *« pour moi c'est une négligence organisationnelle et professionnelle »*. Le médecin me répond en disant que *« ce n'est pas mon domaine, il faut parler avec la chef d'unité. »* Un peu plus tard, il m'appelle pour dire qu'il a rencontré l'équipe sur place et a parlé avec eux.

Il faut noter qu'au cours de cette histoire, c'est encore moi qui ai été obligée de suggérer à plusieurs infirmières qu'il faut prendre soin de la rougeur en le tournant toutes les deux heures, pour aérer son dos et enlever de façon régulière l'humidité de transpiration, dégager son dos des couvertures pendant l'été, etc. En collaboration avec une infirmière de jour (qui était en poste pour quelques semaines) et un infirmier de soir (encore temporairement), nous avons établi un horaire de repositionnement toutes les deux heures, ainsi qu'un plan de soins pour son dos que j'ai moi-même préparé et que nous avons affiché au mur de sa chambre à la vue des soignantes.

LES ENJEUX : 1) la négligence professionnelle et organisationnelle flagrante; 2) la gestion dysfonctionnelle de l'équipe ainsi que l'absence de communication entre les équipes; 3) le manque de compétence des professionnels pour travailler avec une personne souffrant d'un problème neurocognitif; 4) l'approche de travail non adaptée aux besoins du résident.

LA COLLABORATION DE LA PROCHE SOIGNANTE AUX SOINS ET SOUTIEN DU PERSONNEL

Notre ami aîné arrive à ce centre d'hébergement à la fin-novembre 2015. Dès son arrivée, je prends au sérieux l'information transmise sur l'importance de la collaboration de la famille et des proches dans les soins des résidents. Il a encore une bonne mobilité, mais il manifeste une désorientation prononcée lorsqu'il se déplace dans sa nouvelle demeure. C'est primordial qu'il soit accompagné pour l'aider à comprendre les changements et l'habituer à ce nouvel environnement. Ma présence est requise, de manière soutenue, à différents moments de la journée. La maladie d'Alzheimer est en évolution. Au courant de l'année 2016, les problèmes concernant les pratiques de soins commencent à apparaître particulièrement au niveau des soins d'hygiène. Je commence à m'impliquer de différentes façons en offrant ma collaboration, surtout pour aider les soignantes à comprendre la personne qu'est M. Dayan et ses sensibilités particulières, etc. Je prends quelques mesures pour collaborer à l'amélioration de la qualité des soins auprès de lui, dont voici une esquisse :

- **Comité des résidents :** Je m'implique dans ce comité en espérant participer à l'amélioration de la qualité des services. Je constate que ce n'est pas le lieu ou le forum pour faire part et discuter des intérêts, besoins, vécus et attentes des résidents et leurs proches. La responsabilité de ce comité est plutôt d'exécuter les mandats donnés par l'État. Je démissionne à la fin de l'année 2017.
- **Je prends en charge de l'alimenter et de l'accompagner :** vers la fin de l'été 2016, je remarque que mon ami perd du poids, qu'il devient faible, s'endort, n'a pas d'énergie! Je viens chaque jour souper avec lui et je ne m'explique pas pourquoi je le vois dans cet état. Je m'informe sur ce qui se passe auprès des soignantes. Une préposée m'informe qu'il ne mange pas au déjeuner ni au dîner. Les infirmières ou infirmiers ne m'ont pas contactée pour m'en informer. Je décide de venir à la résidence, sans m'annoncer, soit tôt le matin ou au dîner pour voir ce qui se passe. Le plateau de repas est devant lui, il est moitié assis et moitié couché sur son lit. Je demande à l'infirmière pourquoi je n'ai pas été informée de ce problème. Je n'ai aucune réponse et je prends en charge de le faire manger à midi et le soir. Un peu plus tard, je m'organise avec quelques amies proches pour venir à tour de rôle le faire manger. À l'été 2017, je prends la décision d'engager deux dames de compagnie et de former une équipe permanente de 4 personnes (2 ami-es et deux personnes engagées) pour l'accompagner et l'alimenter. Je donne une formation à l'équipe et prépare un guide de travail sur l'approche nécessaire.

- **Plan de travail** : en août 2017, je prépare un plan de travail pour faciliter et aider le personnel à adapter les soins aux besoins spécifiques de M. Dayan liés à sa personnalité, ses sensibilités et l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Je le fais parce qu'il y a un manque important de compétence chez les intervenants dans l'approche auprès des personnes en perte cognitive.
- **Caméra de surveillance** : Entre novembre 2016 et février 2017, mon ami fait, à 5 reprises, une chute durant la nuit. Ils me contactent vers 8h du matin pour me dire qu'ils l'ont trouvé par terre le matin, sans pouvoir donner aucune explication. La 5^e fois, il a eu une fracture de son bras gauche, dont il perd la mobilité, car pour les professionnels, c'était difficile de faire la physiothérapie requise. Selon les intervenantes : « *Il ne collaborait pas* », malgré le fait que je les aie assurées de ma disponibilité pour venir les aider. Elles ne m'ont jamais contactée à cette fin. Leur explication des chutes est complètement inacceptable et soulève des questions comme « *pourquoi l'ont-ils trouvé par terre seulement le matin? Est-ce qu'il n'y a pas de surveillance par l'équipe de nuit?* » En septembre 2018, j'installe la caméra de surveillance comme un outil pour assurer sa sécurité et la prestation de soins nécessaires. Je n'ai pas le choix, car la supervision, l'encadrement et la surveillance de la prestation des services sont presque inexistantes.
- **Administration des médicaments : Pourquoi j'ai pris la charge d'administrer les médicaments.** À l'été 2018, il devient de plus en plus difficile pour mon ami de prendre ses médicaments, car c'est devenu compliqué pour lui de comprendre ce que veut dire « prendre les médicaments ». Les auxiliaires, souvent de passage, écrasent les médicaments et les mélangent dans la compote même si ce n'est pas indiqué dans son dossier. Le matin, étant donné que nous, les proches soignantes, sommes absentes pour aider à la prise de ses médicaments, les médicaments sont souvent non administrés. Les intervenantes ont jugé qu'il a un problème pour avaler avant d'essayer de comprendre l'impact de ce qu'ils font. Les infirmières ou les infirmiers m'informent qu'il refuse ses médicaments! Je leur pose la question : « *pouvez-vous me dire comment quelqu'un qui est en perte cognitive peut prendre une décision par oui ou non? Prendriez-vous vous-même quelque chose qu'on vous offre sans comprendre c'est quoi?* ». C'est ainsi que, le soir, je commence à les assister pour administrer ses médicaments. La maladie évolue. Je vis plusieurs incidents avec des auxiliaires à propos de l'administration des médicaments. À un moment donné, j'observe que les auxiliaires et les infirmières jettent des médicaments, pilules, capsules, etc. dans une boîte sur leur chariot des médicaments. Finalement, le 11 janvier 2019, je demande à rencontrer l'infirmière de jour pour discuter des choses importantes et pressantes, dont la politique sur l'administration des médicaments quand les patients ne les prennent pas. La réponse est « *On les jette. On ne peut pas les forcer!* » Ma réponse : « Même une

personne comme lui qui présente des problèmes cardiaque et pulmonaire pour lesquels c'est important de prendre ses médicaments? J'ai du mal à accepter cela et dès maintenant je ne veux pas que ses médicaments soient jetés. Je vais trouver moi-même l'approche et les moyens de les administrer ». Nous avons donc établi une entente. J'ai développé une approche et une méthode que j'ai montrée aux intervenantes régulières.

Au moment de la fermeture des portes des établissements aux « visiteurs » ou familles/proches, je suis devenue extrêmement inquiète à ce sujet. Pour me rassurer au milieu de l'éclosion de la COVID-19, j'ai préparé un guide sur cette approche et méthode d'administration des médicaments pour les intervenantes qui sont de passage chaque jour.

- **Lettres aux cheffes d'unités pour discuter des problèmes et mesures d'amélioration de la qualité des services** : Selon la pratique de l'établissement, une rencontre de 20 minutes est tenue avec la famille ou des proches une fois au début de chaque année. On appelle cette rencontre « La rencontre multidisciplinaire ». Elle a pour but de discuter ensemble des questions relatives aux soins, à l'évolution de la ou des maladies, aux besoins des résidents, aux ajustements à faire, s'il y a lieu, etc. En réalité, ça se passait autrement. Même si j'ai toujours préparé les sujets importants que je voulais discuter, ça n'a jamais été possible. Cela m'a donné l'impression d'une formalité nécessaire et protocolaire. Chaque année, j'écris une lettre à la cheffe d'unité demandant une rencontre avec elle dans le but de lui faire part de mes préoccupations, de l'état de la prestation des services, du problème de salubrité, etc. Ce n'est pas possible sauf quand j'ai une plainte immédiate. Il faut bien noter que durant ces cinq ans, il y a eu six différentes cheffes d'unités à l'étage où résidait mon ami.

L'AMÉLIORATION DES SOINS ET DES SERVICES DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Mesures de changement actuellement prévues par le gouvernement

Tout récemment, le gouvernement du Québec a promis d'augmenter le salaire des PAB et d'en recruter 10 000, de faire enquête dans certains établissements, ainsi que revoir la situation du réseau de la santé et des services sociaux organisés autour des CISS et CIUSSS pour comprendre pourquoi et comment un tel drame a pu se produire dans ces établissements de soins de longue durée. On nous parle de « revoir le modèle ». Certes! Mais je me demande quel modèle? Est-ce qu'on envisage des réajustements du mécanisme de fonctionnement du réseau hypercentralisé avec en haut une tête excessivement lourde de bureaucratie?

Oui, la volonté du gouvernement d'effectuer des changements dans le système est sincère. Les mesures proposées jusqu'ici sont l'amélioration des conditions de travail des PAB avec une formation de trois mois, accompagnée d'un salaire durant la période de formation, pour régler le problème de pénurie du personnel. Le gouvernement reconnaît aussi la nécessité de revoir la structure actuelle telle que le nombre de cadres qui a été radicalement réduit dans les années récentes, mais les questions de fond sont, à mon avis, loin d'être traitées dans ces mesures. Ces mesures n'apportent aucun changement au modèle « industriel » actuel, sauf des changements périphériques, voire des solutions « Band-Aid ».

Les soins aux aînés sont l'affaire de tout le monde

Il est nécessaire d'abord de revoir le modèle en s'interrogeant sur le vieillissement et le statut des aînés dans la société. C'est une problématique qui n'interpelle pas seulement les institutions de service, mais l'ensemble de la société. Regardons aussi le contexte actuel de ces établissements du point de vue démographique. Premièrement, il y a une diversité énorme dans cette population en termes de maladies et d'état de santé. En conséquence, il y a une diversité des besoins et types de soins nécessaires. Il y a une augmentation constante du nombre de personnes avec des problèmes neurocognitifs. Ces dernières années, il a été estimé qu'autour de 80% des résidents souffrent d'une forme ou d'une autre de déficience cognitive. Ajoutons à cela le facteur de la diversité ethnique, religieuse et raciale. Le modèle actuel est-il adéquat dans sa structure organisationnelle, dans son approche et ses pratiques de soins pour répondre à la problématique d'une telle diversité? N'est-ce pas là, la question qu'il faut se poser?

Mon expérience et mes observations au quotidien démontrent que la diversité des besoins n'est pas reconnue comme un facteur important dans l'organisation des soins et, par conséquent, dans les pratiques de soins. Les intervenantes sont préparées à une approche standard des soins physiques et médicaux peu adaptés aux besoins particuliers des personnes souffrant de problèmes neurocognitifs.

Les familles et proches aidants, qui sont-ils? Où sont-ils?

Il semblerait que seulement 10% des familles seraient présentes auprès de leurs proches. Cela voudrait dire que 90% des familles ne sont pas présentes! Pourquoi? Cette question est sociétale et doit tous nous interpeller.

Qui est réellement représenté dans ce 10% ? Selon mes observations et mes constats de tous les jours, je peux répartir ce 10% en trois catégories : premièrement, il y a des familles/proches qui sont des visiteurs et viennent rendre visite un certain nombre de fois dans l'année; deuxième catégorie, ce sont les familles qui viennent accompagner leurs proches quelques fois par semaine que j'appelle les proches aidants; la troisième catégorie désigne les familles/amis que je nomme les **proches soignants**. Toujours selon mon expérience, il s'agit de la minorité des proches rencontrés. Ces derniers viennent, jour après jour, et assument la responsabilité d'une très grande partie des soins de leurs proches, car les soins sur place sont inadéquats, voire déficients et ce, à tous les niveaux, à savoir : soins d'hygiène, d'alimentation, soins infirmiers et médicaux, salubrité, c.-à-d. entretien et décontamination de la chambre, du lit (les draps, couvre-lit, etc.). Seul ce petit nombre de proches soignants peut témoigner de la négligence dans les pratiques de soins, tant au niveau du personnel qu'au niveau organisationnel. Plus importante encore est la question de la santé mentale des résidents, car on ne peut que souligner le *sentiment de solitude* et *d'abandon* qui est inscrit sur les visages des résidents, doublement amplifié et difficile à voir chez les résidents atteints d'Alzheimer! Le rôle des familles et des proches pour les soutenir dans leur mal à l'âme est primordial.

Quel modèle? Quelques éléments...

1. Mettre l'être humain au centre : le « mal » profond du système actuel est l'évacuation de l'être humain dans l'organisation des soins aux aînés. Quel modèle basé sur quelle philosophie, ou quelle vision des services de soins envisageons-nous? Le professionnalisme technologique ne suffit pas. Prendre soin des malades et des personnes vulnérables est plutôt une vocation. Remettons donc l'humain au centre pour envisager un modèle de soins. Pour ce faire, nous sommes obligés de mettre les structures à l'échelle humaine, non pas des structures du type industriel centré sur la productivité et le profit. Le modèle humain requiert un milieu d'hébergement pour un plus petit nombre de personnes, non des résidences qui contiennent parfois 300 résidents et plus. L'échelle humaine implique aussi que les soignants soient affectés à un plus petit nombre de personnes. Dans le contexte actuel, une infirmière est chargée de 75 résidents, une PAB peut avoir la charge de donner les soins d'hygiène à environ 15 personnes! Ce n'est pas humain, ni pour les soignants ni, surtout, pour les résidents.
2. Orienter vers la diversité : De plus, puisque les problèmes de santé des résidents sont multiples, il y a une grande diversité de besoins, comme je l'ai déjà évoqué plus haut. Malgré l'augmentation du nombre d'aînés atteints de l'Alzheimer ou d'autres types de démence, il y a actuellement très peu

de mesures organisationnelles et d'approches spécifiques pour soigner cette population.

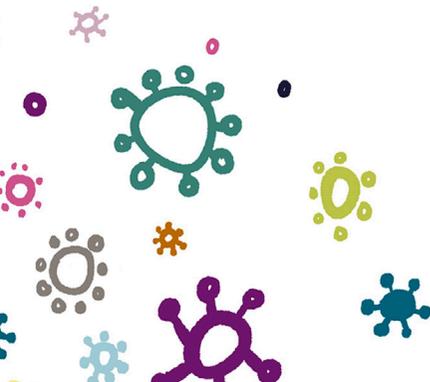
3. Adéquation des pratiques de SOIN et des compétences : Les résidences de soins des aînés sont identifiées comme « résidences pour les SOINS de longue durée ». Leur mission première est donc le SOIN en vertu de quoi il devient nécessaire de réviser tous les aspects des services de soins dans un établissement. Cela veut dire : la vision et la conception du soin des aînés; la structure de l'organisation et les modalités pour effectuer des services; les pratiques de prestation des services; la formation requise pour le développement des compétences dans l'approche de soins globale de la personne; l'approche de soins adaptée à la diversité des besoins; la rigueur dans la supervision et le suivi de la prestation des services; la gestion et le fonctionnement des équipes.
4. Création d'un environnement convivial, donc « un milieu de vie » : C'est le sentiment d'appartenance qui définit un milieu de vie. Les ingrédients nécessaires pour créer ce milieu sont : la stabilité, la continuité, le tissage de liens avec les résidents. La familiarité avec l'environnement, incluant la familiarité avec les gens qui les entourent, est essentielle pour les aînés. Les inconnus sont des causes majeures de désorientation, la peur, l'angoisse, la solitude ayant comme possible résultat une agressivité chez certains nombres d'aînés.

CONCLUSION : UN MODÈLE D'INTERDÉPENDANCE ENTRE L'ÉTAT, LA FAMILLE ET LA COMMUNAUTÉ À ENVISAGER?

Par définition, un tel modèle ne peut pas être construit dans un cadre institutionnel, mais plutôt dans un cadre sociétal. La faillite du système actuel est le témoin de ses limites. Cette vision implique qu'il faut amener la discussion sur notre projet de soins des aînés à l'ensemble de la société. Quelle place accordons-nous à nos aînés dans notre vie familiale, communautaire et sociale? Quel choix faisons-nous face à la population vieillissante? Comment devons-nous nous organiser dans la prise en charge de nos aînés? Nous devons nous interroger sur la *responsabilité de chacun*. Des familles? De la communauté? De l'État? La question est devenue très complexe dans le contexte d'aujourd'hui. La discussion sur la complexité de la question n'est pas possible ici. Par contre, l'impasse face à la prise en charge des aînés est d'une actualité incontournable. Mon expérience des cinq dernières années, qui a consisté à prendre la responsabilité des soins d'un aîné dans un CHSLD, m'amène à dire que de déléguer toute

la responsabilité aux institutions ne suffit pas, ce serait même une erreur.

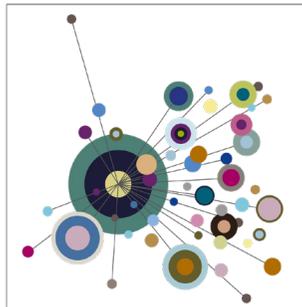
Je suis convaincue qu'un cadre d'interdépendance et de partage des responsabilités par les différentes instances significatives qui gèrent la vie des aînés sera un projet de société à développer. Je vois trois pôles à ce cadre : la famille, la communauté, et l'État. Pour cela, il faut reconnaître à leur juste valeur l'« expertise » et l'importance de chacune de ces trois instances. À l'heure actuelle, nous avons mis toute notre croyance dans la seule responsabilité de l'État, mettant de côté l'importance des expertises et savoir-faire des familles (parfois même, délégitimation de leur savoir-faire) et des ressources diverses qui existent dans les communautés. Commençons par la juste reconnaissance de l'importance du rôle de chacune de ces instances et envisageons un cadre d'interdépendance pour répondre aux besoins de soins prodigués à nos aînés, en les soignant dans leur dignité, dans leur vulnérabilité physique et dans leur mal de l'âme.



L'INTERCULTUREL EN TEMPS DE PANDÉMIE

SOUS LA DIRECTION DE

Bob W. White & Maude Arsenault



LABRRI

LABORATOIRE DE RECHERCHE EN RELATIONS INTERCULTURELLES