



HAL
open science

Expériences, perceptions et ressources face à l'épidémie de COVID-19 chez les bénévoles de la Croix-Rouge française

Émilie Mosnier, Olivia Nevissas

► **To cite this version:**

Émilie Mosnier, Olivia Nevissas. Expériences, perceptions et ressources face à l'épidémie de COVID-19 chez les bénévoles de la Croix-Rouge française. 2022. hal-04514988

HAL Id: hal-04514988

<https://hal.science/hal-04514988>

Submitted on 21 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Expériences, perceptions et ressources face à l'épidémie de COVID-19 chez les bénévoles de la Croix-Rouge française

Émilie Mosnier¹, Olivia Nevissas²

1. Aix Marseille Université, INSERM, IRD, SESSTIM, Sciences Economiques & Sociales de la Santé & Traitement de l'Information Médicale, Marseille, France
2. Prospective Coopération, Marseille, France



Sciences Economiques et Sociales
de la Santé & Traitement
de l'Information Médicale



PROSPECTIVE
COOPERATION
laboratoire d'idées

Les Papiers de la Fondation n° 47

Décembre 2022

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à bourses postdoctorales lancé par la Fondation Croix-Rouge française.

La Fondation Croix-Rouge française, créée sur l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition.

À travers des appels à bourses postdoctorales, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs et les personnes, parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Pour citer cet article :

MOSNIER Emilie, NEVISSAS Olivia, « Expériences, perceptions et ressources face à l'épidémie de COVID-19 chez les bénévoles de la Croix-Rouge française », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 47, Décembre 2022, 23p.

Résumé

La pandémie de COVID-19 a eu un retentissement psychosocial certain et documenté sur les soignants. Les bénévoles associatifs se sont également mobilisés dans l'urgence sur le terrain, mais peu d'études rendent compte de l'impact de leur engagement durant cette crise sanitaire. L'objectif de cette étude était de décrire les facteurs de stress perçus auxquels ont dû faire face les bénévoles ainsi que leurs mécanismes de coping individuels et collectifs.

L'étude a été menée de juin à décembre 2020 sur les bénévoles de la Croix-Rouge française (CRF) dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et de la Guyane. Des interviews individuels semi-structurés ont été réalisés par téléphone ou skype. Une analyse thématique a été réalisée permettant d'identifier les principaux thèmes et sous thèmes.

Un total de 21 bénévoles a été inclus dans l'étude, dont 11 en région PACA et 10 en Guyane. Les facteurs de stress perçus portaient sur 3 niveaux. On retrouvait à un premier niveau individuel, la catégorie d'âge de « séniors », la présence de comorbidités et le statut marital comme facteur de stress. Au niveau organisationnel, la charge de travail, le niveau de responsabilités, les mesures de protection, des modalités d'intervention opérationnelles inédites ou encore un style de management descendant représentaient des facteurs ayant déstabilisé les bénévoles. À une échelle plus globale, le manque de ressources en matériel de prévention, la complexité de la surveillance des cas contacts et les recommandations parfois ressenties comme contradictoires ont été rapportés. Ces stress psychosociaux étaient associés à des dilemmes éthiques, l'ensemble entraînait des conséquences psychologiques néfastes. Les bénévoles ont été cependant en mesure de développer une série de mécanismes de *coping* centré sur leurs émotions, sur la prévention ou la réduction des stress et sur le soutien collectif.

Les bénévoles de la CRF ont dû s'adapter au décours de l'urgence sanitaire et sociale lors des premiers mois de la crise. Ils ont fait face à une série de stress dans leur environnement familial, social et au sein de l'organisation humanitaire mettant en tension certaines de leurs valeurs. Pour autant, ils ont déployé de nombreux mécanismes de résilience et l'investissement collectif a été pourvoyeur de socialisation et de sens.

Mots-clés : COVID-19, bénévoles, humanitaire, risques psychosociaux, mécanisme de coping.

Summary

The COVID-19 pandemic has been associated with significant and documented worse psychological outcome in healthcare givers. Volunteers have joined forces in emergency on the field but few data are available on their mental health well-being. The objective of this study is to describe stress factor in volunteers and their coping mechanism to deal with the crisis.

We conducted a survey on volunteers from the Croix-Rouge française (CRf) from June to December 2020 in Provence-Alpes-Côte d'Azur and French Guiana territories. We realized semi-structured telephone interviews and used qualitative thematic analysis to derive themes and subthemes.

Twenty-one participants, 11 from PACA and 10 from French Guiana were included. Stress factors, were described on three overreaching level: individual, organization and national. At a first individual level, we found the age category (older volunteer), the presence of co-morbidities and marital status as a stressor. At the organizational level, workload, responsibilities, prevention measures, new operational interventions or even a top-down management style were factors that destabilized the volunteers. On a more global scale, the lack of resources in prevention material, the complexity of the monitoring of contact cases and the guidelines sometimes felt to be contradictory have been reported as potential stressors. This stress factors were associated to ethical dilemmas that were responsible to psychological distress. Volunteers were able to develop coping mechanisms focused on their feelings, on prevention or reduction of stress factors and collective support.

CRf volunteers were able to adapt their strategies in emergency. They faced many stress factors in their family, social and organization environment leading to values' conflicts. However, they put in place several resilience tools. Collective investment provides socialization and sense to their engagement.

Keywords: COVID-19, volunteers, psychological outcome, stress, coping mechanism.

Expériences, perceptions et ressources face à l'épidémie de COVID-19 chez les bénévoles de la Croix-Rouge française

Introduction

La pandémie de COVID-19, d'une ampleur exceptionnelle, a majoré les vulnérabilités sociales, sanitaires et économiques des personnes les plus précaires (*26e rapport sur l'état du mal-logement en France 2021*, n.d.; OXFAM, n.d.). Dans ce contexte, les opérateurs du champ de la solidarité et de l'aide humanitaire ont dû faire face à des défis de taille, dont l'augmentation et la modification des besoins en santé, mais aussi la nécessité de protéger leurs équipes et leurs bénéficiaires. L'organisation structurelle, la mise en opération des activités, mais aussi les relations au sein de leur ensemble en ont été bouleversées.

L'impact de l'épidémie sur les acteurs médico-sociaux a été majeur. Ces derniers ont dû faire face à un risque plus élevé de contamination et de stress psychosocial entraînant des incidences plus importantes d'infection, mais aussi d'anxiété, d'insomnie ou de dépression (CDC COVID-19 Response Team, 2020; Lapolla et al., 2021; Pappa et al., 2020). Si les implications psychologiques ont fait l'objet d'une attention immédiate chez les soignants, il n'en est pas de même pour les bénévoles alors qu'ils ont pourtant des prévalences plus élevées de problème de santé mentale en contexte de crise (Thormar et al., 2010). Les précédentes épidémies d'Ebola nous ont montré qu'au-delà de la « première ligne » des soignants, l'ensemble de la communauté impliquée dans l'aide humanitaire est vulnérable à une éventuelle détresse psychologique (Van Bortel et al., 2016). En conséquence, la Fédération Internationale de la Croix-Rouge et l'Organisation mondiale de la Santé recommandent le soutien et le soin auprès de groupes très larges d'aidants confrontés à des facteurs de détresse souvent non dépistés et donc non documentés (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, n.d.; World Health Organization, n.d.).

Les dynamiques épidémiologiques et les conséquences sanitaires de l'épidémie diffèrent selon les zones géographiques. En effet, les caractéristiques de la population (âge, niveau de précarité, ethnie, migration), les taux d'incidences locorégionaux, l'éventuelle circulation de certains variants et les mesures territoriales spécifiques de confinement et de prévention vont être à l'origine d'enjeux de santé publique et donc d'interventions spécifiques à chaque territoire. Marseille, seconde ville la plus peuplée en France, a un des taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté le plus élevé de métropole (Dumont, 2011). Dans ce contexte déjà difficile, le confinement et la crise économique récente ont majoré la précarité économique d'un nombre supplémentaire important de personnes (*Confinement : Des Conséquences Économiques Inégales Selon Les Ménages - Insee Première - 1822*, n.d.; *Ultra-précarité en région PACA, l'avertissement du collectif ALERTE PACA*, 2020). Face à cette situation, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) œuvrant dans le domaine de la précarité sociale et sanitaire et les institutions ont dû augmenter de façon majeure leurs aides sans pour autant arriver à répondre à l'ensemble des besoins (*Ultra-précarité en région PACA, l'avertissement du collectif ALERTE PACA*, 2020). La Guyane, département français

d'outre-mer, situé au cœur de l'Amazonie, présente des problématiques sanitaires dites de « pays du sud » (Mosnier, 2017). Pour autant, la Guyane, voisine du Brésil, a présenté des incidences plus faibles que les pays limitrophes et ses pics épidémiques ont été décalés par rapport à ceux de la métropole (Nacher et al., 2021). Si les enjeux en termes d'organisations de soins, de réponse des ONG et d'investissement des bénévoles en zone urbaine et en pays occidental sont relativement documentés, il n'en est pas de même en zone tropicale et la comparaison « Nord-Sud » dans un contexte de pandémie pourrait mettre en évidence des convergences ou à l'inverse des facteurs spécifiques d'adaptation et de résilience chez les acteurs de terrain de chaque territoire.

L'objectif de cette étude est d'analyser l'expérience psychosociale chez les bénévoles associatifs de la Croix-Rouge en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Guyane et de mettre en évidence d'éventuels mécanismes d'adaptations et d'innovations individuels, collectifs, communautaires ou institutionnels au décours des six premiers mois de la pandémie due au SARS-CoV2.

Méthodologie

Nous présentons ici une étude prospective qualitative multicentrique menée en Guyane et en région Provence Alpes-Côtes d'Azur (PACA) auprès des bénévoles de la Croix-Rouge française.

Participants

Un recrutement des bénévoles par méthode dite par « boule de neige » a été réalisé avec l'aide des présidents des délégations territoriales de PACA et de la Guyane. Les salariés en charge du recrutement, de la formation, et du management des bénévoles ont également été inclus dans l'étude.

Collecte de données

Le recueil de données par entretiens individuels semi-directifs a été réalisé à distance par visioconférence ou par téléphone de Juin à Décembre 2020. Les thématiques suivantes ont été abordées 1) intensité et complexité au travail en contexte épidémique, 2) exigences émotionnelles, 3) rapport au risque sanitaire au travail, acceptabilité des mesures barrières, rapport au dépistage, 4) rapports sociaux au sein de l'équipe, stratégies de *coping* et autres facteurs de protection comme précédemment définis par Lazarus et al. (Lazarus & Folkman, 1984).

Analyse de données

Le traitement sémantique des données s'est fait de façon manuelle par un travail de retranscription des entretiens permettant l'analyse brute des idées, des mots et de leur signification selon les thématiques abordées. La grille d'interprétation des résultats a suivi un

modèle écologique du bien-être psychosocial selon une nécessaire adaptation du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979, 2001) au domaine de la santé mentale communautaire (Saïas, 2011) et de l'analyse des risques psychosociaux chez les soignants (Hennein R, Lowe S, 2020). Dans ce modèle, le participant fait partie de différents « systèmes » impliquant l'interaction entre plusieurs niveaux de facteurs (personnels, interpersonnels, organisationnels, communautaires, politiques) que nous avons donc identifiés dans l'analyse.

Éthique

Tous les répondants ont donné leur consentement à la participation à cette étude. Cette étude a bénéficié de l'accord du comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille (n°2020-10-09-011) et le recueil de données anonyme a été déclaré à la Commission Nationale Informatique et Libertés selon les recommandations de bonnes pratiques nationales.

Résultats

Un total de 21 personnes travaillant à la CRf a été inclus dans l'étude, dont 11 en région PACA et 10 en Guyane (Tableau 1).

Tableau 1. Principales caractéristiques des participants de l'étude

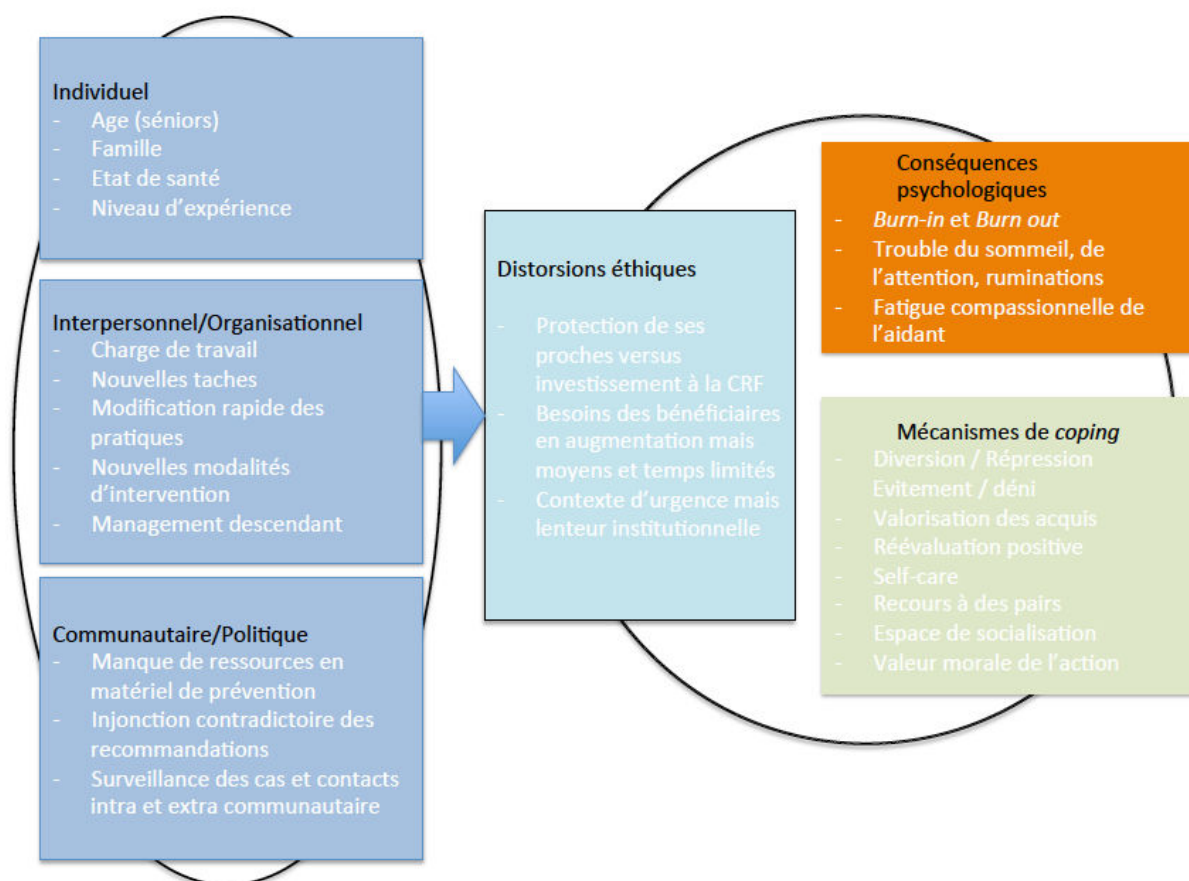
Caractéristiques des répondants à l'étude	Âge	Sexe	Expérience bénévole (en années)	Délégation CRf	Fonction occupée au sein de la CRf
Participant 1	63	M	45	PACA	Vice-Président de la DTM PACA
Participant 2	22	F	8		Responsable du Dispositif la "CRf chez Vous"
Participant 3	37	M	13		Responsable des Maraudes PACA
Participant 4	37	M	16		Infirmier Pôle Santé - Formateur
Participant 5	67	M	4		Directeur Territorial de l'Urgence et du Secourisme
Participant 6	38	M	21		Référent Territorial Action Sociale
Participant 7	73	F	6		Directrice DTM et Action Sociale
Participant 8	48	F	13		Référente COVID PACA
Participant 9	70	M	3		Responsable, Cellule Opérationnelle, formateur
Participant 10	55	F	7		Recrutement – Effectifs des Bénévoles
Participant 11	64	F	2		Dispositif "Allo Comment ça va ?"
Participant 12	64	F	18	Responsable des maraudes sur Marseille	
Participant 13	45	M	16	Guyane	Responsable Délégation Territoriale Guyane
Participant 14	26	F	1,1		Responsable Bénévoles
Participant 15	33	F	0,3		Urgence Réfugiés et urgence COVID
Participant 16	26	F	9		Responsable de la Mobilisation des Bénévoles
Participant 17	41	M	8		Chef secteur Urgence
Participant 18	34	M	0,3		Médiateur santé et traducteur sur Dispositif COVID
Participant 19	33	F	1		Responsable Dispositif COVID
Participant 20	58	F	5		Urgence Réfugiés et urgence COVID

H : homme ; F : femme ; DTM : Direction Territoriale Marseille

L'étude a révélé plusieurs thèmes primordiaux associés aux facteurs de stress psychosociaux selon trois niveaux : à l'échelle individuelle, interpersonnelle ou organisationnelle et à une échelle plus large communautaire (Figure 1). Ces facteurs de stress

psychosociaux ont entraîné des distorsions éthiques à l'origine de conséquences psychologiques néfastes, mais ont aussi révélé des mécanismes de coping spécifiques à ce contexte pandémique chez les bénévoles de la CRf (figure 1).

Figure 1. Schéma représentant les principaux facteurs de risques psychosociaux perçus, les conséquences sur le bien-être psychosocial et les mécanismes de *coping*, des bénévoles de la Croix-Rouge française lors de leur engagement pendant la crise COVID en régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Guyane.



Facteurs de risques psychosociaux perçus

Un certain nombre de facteurs de risques psychosociaux spécifiques à cette crise ont été mis en évidence chez les bénévoles. À l'échelle individuelle, le facteur lié à l'âge a été primordial. En effet, les séniors – représentant une grande partie des bénévoles CRf – ont été priés, pour des raisons de prévention, de se retirer des terrains d'intervention. Cette recommandation a été, pour la grande majorité des séniors, très mal vécue alors même que leur investissement au sein de la CRf représentait un espace de socialisation et de valorisation.

« Les séniors ont été touchés. Ils étaient prêts à prendre des risques pour eux-mêmes, quand ils ne disaient pas être inquiets pour un proche ! Vous comprenez, la CRf c'est leur vie ! Ils mettent leur engagement au-dessus de leur santé physique. Ça leur apporte plus que ce que l'on croit. Ils ont très

mal vécu l'isolement social et l'injonction morale de devoir se retirer alors que la crise était là » (Bénévole dans le secteur de l'Action Sociale, Marseille)

Le statut familial des bénévoles a également pu être à l'origine de stress psychosociaux importants. L'engagement à la CRf sur les activités d'urgence notamment durant le premier confinement aurait, pour beaucoup de bénévoles interrogés, impacté leur vie privée. Il semblerait que quand la personne est célibataire, veuve ou veuf, cette tension entre vie intime et bénévolat à la CRf soit moins perçue comme un risque psychosocial.

« Ma situation perso a changé. Ma compagne est rentrée en métropole. Heureusement, j'avais plus de temps pour m'investir plus facilement. Sinon, c'est compliqué, car la CRf prend beaucoup de temps ! Et... faut que le ou la compagne accepte ça ! » (Responsable du secteur Urgence, Guyane)

« Mon engagement à la CRf est tel, car je vis seule aussi. C'est H24, car j'ai du temps dans ma vie et je ne vis pas comme une pression » (Responsable suivi des bénévoles, PACA)

Au niveau interpersonnel et organisationnel, les éléments de stress ont été la surcharge de travail. La plupart des répondants se plaindront de somatisations (fatigue, dorsalgies, céphalées, troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil, etc.) ou encore diront parfois avoir pu manifester des troubles de l'humeur (irritation, colère, repli sur soi, etc.) du fait d'un investissement inédit dès leur prise de poste sur la première phase de l'urgence COVID-19.

« C'est un temps plein depuis des mois. Je ressens une extrême fatigue depuis Carry-le-Rouet où il a fallu gérer la prise en charge de 350 expatriés et aujourd'hui les conséquences du confinement sur Marseille » (Référente COVID, Marseille)

En plus de l'investissement inédit pour la plupart des bénévoles, cette crise a impliqué pour les bénévoles de se confronter à de nouvelles tâches et de nouvelles interventions (notamment de la distribution alimentaire en Guyane et en PACA via le dispositif la Croix rouge chez vous) et à des contraintes inédites.

« - Pourriez-vous me citer au moins trois sources extérieures susceptibles de générer en vous du mal-être, une forme de détresse émotionnelle ?
-Au début, il a fallu s'adapter très vite à un changement des outils (un fichier Excel nouveau pour les commandes). Puis au déconfinement, on a dû s'adapter à un nouveau logiciel. On a rencontré des problèmes de communication en interne : certaines ne transmettaient pas les infos. Des personnes ont démissionné, car elles étaient épuisées. Il fallait gérer des retards de mails alors qu'il fallait balancer des commandes » (Responsable d'un dispositif, Marseille).

En plus des nouvelles interventions, les bénévoles ont modifié en urgence leurs pratiques tout en les adaptant dans l'urgence à leurs bénéficiaires et au territoire.

« Au-delà que ça me stressait de voir les habitants dans des situations de détresse terribles, nous avons vu des comportements à risque chez des bénévoles. Par exemple, à Camopi, en brousse, ils faisaient tourner les calebasses dans lesquelles ils boivent du Kachiri, une boisson alcoolisée à base de manioc. Ce n'était pas COVID friendly du tout ! Au-delà du facteur culturel, ils n'étaient pas formés suffisamment et n'avaient donc pas intégré les mesures-barrières avant d'aller sur le terrain. C'est ça quand on lésine sur les moyens... » (Un responsable des bénévoles, Urgence COVID, Guyane).

Au-delà des nouveaux types d'interventions, la crise a mis en évidence la nécessité de développer de nouvelles coordinations avec de nouveaux partenaires. Certains bénévoles ont pu déplorer à Marseille, mais qui n'a pas été retrouvé en Guyane, une forme de centrisme organisationnel.

« C'est dur de faire bouger les mentalités. Il n'y avait pas de coordination avec les autres alors que la réponse sur Marseille dans le social est vaste et complexe ». (Collaboratrice bénévole à la Direction Territoriale de Marseille)

Un management directif associé à une communication descendante a été perçu comme une source de mal-être additionnel. Les valeurs communément appréciées dans la culture de l'entreprise ou dans des institutions d'État : la performance, la résistance au stress face à la surcharge de travail, ne pas décevoir ses collègues ou ses supérieurs, l'endurance et le courage, etc. se retrouvent aussi dans la culture associative CRf selon certains répondants à l'enquête.

« J'ai contourné les présidents (les anciens de 70 ans) et certains l'ont mal pris. Ils ont un management autoritaire et ils ont été frustrés, car sont apparus de nouveaux chefs » (Responsable d'une Unité Locale, Marseille)

L'urgence a bouleversé les modes de gestion des ressources humaines, sur l'aspect relationnel comme sur l'encadrement technique du processus de recrutement des bénévoles à la gestion de leur planning.

« À la CRf, on tend à penser que si les gens [bénévoles] sont en difficulté sur leur mission, ils peuvent partir et qu'on trouvera toujours des bénévoles, de la chair à canon quoi ». (Ancienne responsable de l'Action Sociale)

À une échelle plus globale, le manque de moyens (humains, de gel hydro-alcoolique, de masques), le manque de clarté des directives sanitaires de l'État au début de la crise de la COVID-19 (ex. : directives sur la quarantaine pour personnes isolées, à la rue, etc.) et une analyse des risques changeante (« un jour, c'est très risqué ; un autre, ça ne l'est plus ! » dira un bénévole membre des équipes d'urgence COVID-19, Guyane) ont eu un impact important sur le bien-être psychosocial des agents bénévoles, tous niveaux de responsabilités confondus. Cela a donné lieu à des injonctions paradoxales et donc des comportements tout autant polarisés entre un hygiénisme sanitaire et un manque de respect dans l'adoption de mesures de prévention. Un manque de confiance et un sentiment de colère envers

l'organisation CRf comme envers les pouvoirs publics sont nés durant les premières semaines de l'épidémie.

« Cette crise a plongé les gens dans un contexte atypique et ça a donné lieu à des blocages chez les bénévoles, car on leur demandait d'aller sur le terrain, avec des contradictions dans les directives. Par exemple, il fallait aller à l'aéroport de Cayenne pour orienter les passagers, mais on n'avait pas de masque. Ça a créé un malaise chez les bénévoles, car on nous demandait de ne pas porter de masque parce que la police, elle, n'en avait pas ! » (Responsable du secteur Urgence, Cayenne, Guyane)

« Via les mails, des coups de fil, nous savons que les bénévoles étaient déboussolés et parfois super agacés ! On leur disait "Vous consommez trop de masques, trop de gel, de gants, mais il faut quand même vous protéger hein !" Puis finalement, on leur disait "N'en mettez plus". Ce type de discours contradictoires a été mal perçu ». (Ancienne bénévole collaboratrice de l'Action Sociale, Marseille)

Enfin, le contexte inédit de surveillance épidémiologique dans laquelle la CRf a été impliquée a fait apparaître des configurations sociales nouvelles, mettant en jeu de nouveaux rôles sociaux à l'origine de potentielles tensions. Tout le monde peut être à la fois « cas contact » et « surveillant » et les bénévoles ont été impliqués dans la recherche et la surveillance des personnes contacts ou symptomatiques parfois même au sein même de leurs communautés.

Dilemmes éthiques liés à l'engagement bénévole

La peur du stigma et la culpabilité liée au risque d'infecter ses proches ont été reconnues comme des sources de stress possibles par des participants à l'étude. Il faut noter le manque d'informations au début de la pandémie contribuant au développement d'une peur voire d'une anxiété chez les répondants ayant dans leur entourage familial ou professionnel une personne à risque.

« Les livreurs, les logisticiens sont plus exposés au risque de contamination et donc aux reproches de leur famille. Ils étaient anxieux d'être porteurs, OK, mais aussi, car ils étaient stigmatisés par leurs proches ! Ils demandaient des masques et ne savaient pas comment faire... On a eu des vols de masques, on soupçonne que ce soit pour cette raison : ils avaient la pression chez eux, mais (silence) c'est comme si c'était indicible, tabou ! » (Bénévole, responsable d'une Unité Locale, Marseille).

La crise a majoré très rapidement la précarité d'une grande partie de la population et a donc entraîné une augmentation importante du nombre et de la quantité des besoins des bénéficiaires de la CRf. Sur le plan opérationnel, des bénévoles exprimeront une frustration relative aux manques de moyens pour des interventions d'urgence de qualité, la lenteur bureaucratique ou encore les pratiques de recrutement de salariés ou de bénévoles durant cette crise sanitaire.

« On fait du bricolage, pas une réponse humanitaire ordonnée. Il faut se donner les moyens de ce que l'on veut, depuis la question du recrutement jusqu'aux modélisations des interventions elles-mêmes. Ça me renvoie à des problèmes éthiques, personnellement, et je n'en dors pas la nuit ! » (infirmière sur un dispositif COVID, Guyane)

Cette dissonance cognitive entre un paradigme institutionnel urgentiste et des interventions désordonnées et insuffisantes a pu engendrer « un état de tension désagréable ». Il peut s'agir d'une obligation professionnelle en désaccord avec ses propres convictions morales, ou bien une prise de position à l'opposé de ses croyances, pensées, comportements (son « référentiel »). Un conflit éthique sera identifié par exemple par des bénévoles pris dans des logiques de triage pour des distributions d'aide alimentaire aux ménages dits « vulnérables », mais sans prise en compte de facteurs de vulnérabilité, parfois cumulatifs comme l'âge, la situation familiale, sociale, juridique, médicale et bien entendu économique. Les répondants expriment que l'absence de directives opérationnelles et de critères objectifs établis pour distinguer les personnes ou groupes de personnes prioritaires lors des activités de mise à l'abri et de colisage alimentaire les a mis dans des situations de stress inédites. Cela a été reporté par exemple en Guyane alors que les quantités de nourriture étaient parfois évaluées comme insuffisantes pour couvrir les besoins de l'ensemble des familles ou individus isolés migrants et abrités dans le Centre d'Hébergement d'Urgence de Cayenne.

« Il y a eu le stress de ne pas avoir pu faire de la distribution alimentaire une fois que les personnes étaient installées dans les centres pour migrants. En plus il a fallu séparer, trier les hommes adultes des mineurs et des femmes, sans connaître ni leur histoire et les liens que l'on allait faire cesser par cette pratique » (Bénévole sur l'urgence des réfugiés et COVID-19, Dengue et Leptospirose, Guyane).

Implications de l'engagement bénévole sur leur bien-être psychosocial

La réalisation de nouvelles interventions performantes dans l'urgence constitue parfois des facteurs de stress et ce d'autant plus qu'il y a le besoin d'être reconnu par ses collègues ou ses supérieurs. Ces éléments induisent parfois un phénomène de « *burn-in* », reconnu par les répondants à l'enquête comme un risque rencontré durant la crise COVID-19. Il se manifeste notamment par du « présentisme », c'est-à-dire une présence abusive sur le lieu de travail menant à un état de surmenage. Cela constitue souvent la première phase de l'épuisement professionnel et précède l'étape ultime, le « *burnout* ».

« Je restais très tard le soir devant mon ordinateur, dans les bureaux CRf. Et, en rentrant à la maison, je parle boulot avec mon copain qui est aussi bénévole CRf. Bien ou pas bien, je ne sais pas. Il est vrai que je ne décroche jamais, même le week-end, car mes amis sont à la CRf. Ils me conseillent de me reposer... » (Bénévole en charge de la vie associative, Guyane)

À la question suivante « Quels sont selon vous les « groupes à risque » de bénévoles les plus susceptibles d'être affectés psychologiquement ? », une référente d'un dispositif en PACA reportera, avec franchise et émotions :

« Le plus dur a été pour les jeunes et les seniors : très mécontents et frustrés. Il y a eu chez eux le sentiment d'être mis à l'écart et il y a eu des conflits. En plus de ces deux groupes, il y a eu ceux de l'Action Sociale : ils ont été chamboulés, vraiment. Les maraudeurs ont dû s'adapter. L'aide alimentaire était submergée : il y a eu une augmentation de plus de 200 % de plus de bénéficiaires. Il fallait trouver la bouffe et des solutions concrètes ! Marseille a été particulièrement débordée. Il y a eu une grosse souffrance, car c'était le chaos. Ils ont tous été très fatigués ! Alors que les secouristes sont préparés à vivre des situations un peu trash, les bénévoles de l'aide Sociale le sont moins. Ils n'ont pas été formés et ne sont pas habitués à la détresse humaine. Aujourd'hui, ils sont toujours en souffrance, car ils font tout pour rouvrir et adapter les dispositifs aux mesures de COVID ».

De façon concomitante à la surcharge de travail et au Burn-in, les situations de grande précarité préexistantes ou la dégradation des conditions de vie, d'accès aux droits, aux soins et de détresse psychosociale ont pu représenter pour certains bénévoles un facteur de stress psychosocial suite à un contact plus ou moins prolongé avec la souffrance des populations bénéficiaires. La fatigue de compassion (traumatisme vicariant ou syndrome vicariant) s'accompagne souvent d'un sentiment d'impuissance ressentie dans la relation d'aide.

« Face aux personnes sans papier, il manquait ce volet soutien psychosocial pour les personnes comme pour les équipes. Les divers droits n'ont toujours pas été prolongés en Guyane, ce qui accentue le phénomène de ruptures des soins dans le parcours de santé alors que près d'un.e assuré.e sur deux en Guyane relève des droits de santé des personnes en grande précarité. Les bénévoles ressentaient une impuissance face aux besoins critiques de ces gens. » (Responsable des Bénévoles en Guyane).

Les participants rapportent un risque plus élevé parmi les bénévoles sans-papier « eux-mêmes en situation de grande précarité sociale, économique et parfois sans accès aux droits » expliquera une responsable des activités COVID-19 ou encore un responsable du secteur Urgence d'une antenne locale de Cayenne.

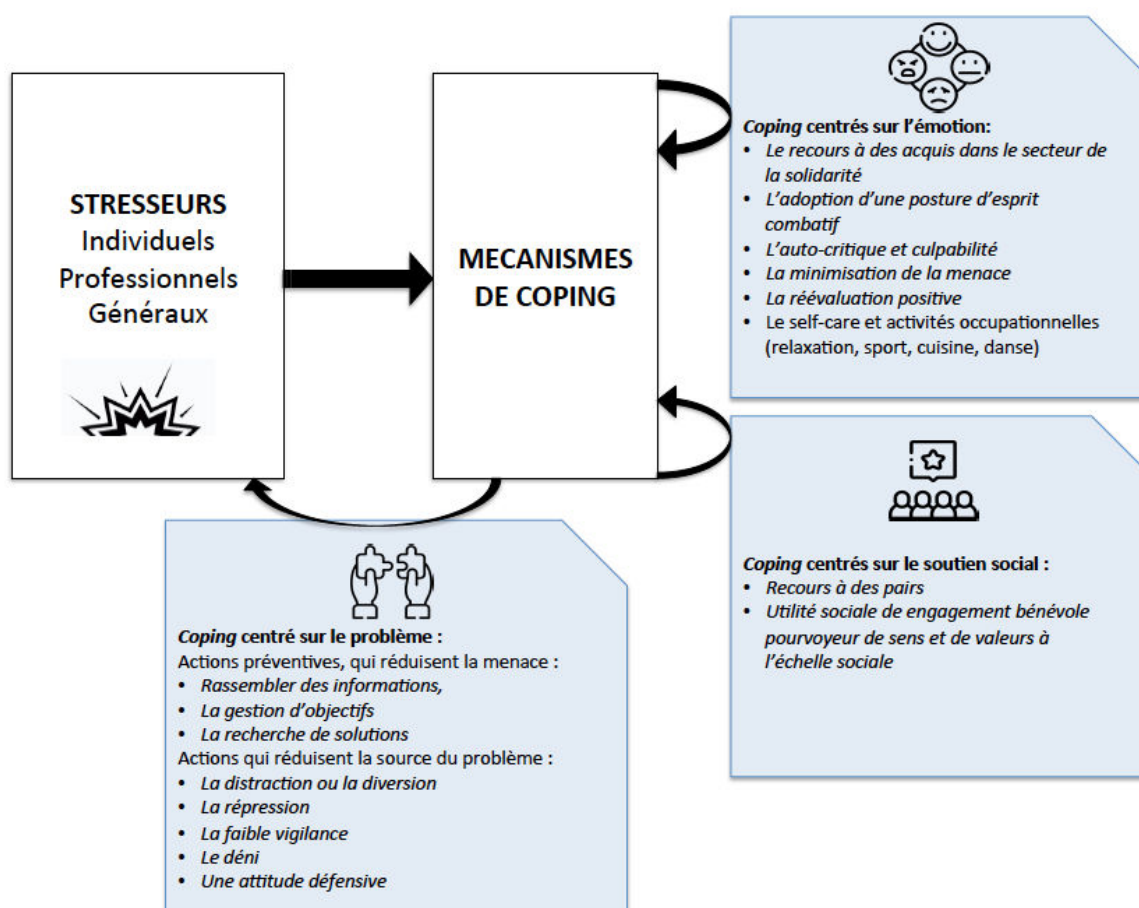
Sur le territoire Marseillais, où la pandémie a mené des ménages aux revenus faibles à une soudaine situation de vulnérabilité sociale et économique, la confrontation des bénévoles avec ces publics « nouvellement précaires » a également affecté les équipes bénévoles non préparées alors à cette crise sociale.

« Ça a touché les plus précaires et par ricochets les équipes de l'Action Sociale, pas préparées" (Responsable d'une Unité Locale, Marseille).

Des mécanismes de coping pour Soi et le Collectif

Les stratégies de coping énoncées par les participants ont été classées en trois grandes catégories : celles centrées sur le problème, celles sur l'émotion, celles sur la recherche de soutien social (Figure 2).

Figure 2. Schéma des principaux mécanismes de coping mis en place par les bénévoles Croix-Rouge en PACA et en Guyane au décours de la pandémie à COVID-19



Les participants ont mis en œuvre des mécanismes de coping en réponse aux éléments stressants. Ils ont développés une ou plusieurs stratégies à la fois au niveau individuel mais aussi interindividuel ou collective. Les stratégies d'ajustement consistant à réduire les éléments vecteurs de stress comportent des mécanismes de diversions (comportements tournés vers l'action).

« Le soir, je rentrais à pied par la plage, parfois en courant. Je ne faisais pas ça avant (rires). Ça me permettait d'évacuer les longues journées stressantes devant l'ordinateur » (Bénévole en charge des bénévoles, Guyane).

Les participants rapportent également devoir « réprimer » certaines émotions afin de préserver un sentiment de contrôle (de soi) et de cacher ses affects.

« Je ne me sens pas à l'aise avec l'idée de me plaindre quand d'autres souffrent plus que moi. Je dois réprimer la tristesse devant des bénéficiaires qui ont moins que nous et sont encore debout. » (Bénévole sur l'Urgence Réfugiés, la distribution alimentaire et boutique solidaire, Guyane).

La diminution de la vigilance a permis également de donner un sentiment de contrôle, notamment sur l'application des mesures de protection sanitaires, face aux sources de stress.

« Personnellement, par rapport au stress lié au risque de contracter le COVID, je ne respectais pas toujours les mesures-barrières alors qu'avec du recul, aujourd'hui, je trouve que ce n'était pas sérieux. C'était pour moi un vrai stress de les appliquer stricto sensu » (Responsable en charge des bénévoles, Guyane).

Des comportements de désengagement ou d'évitement ont été adoptés afin de fuir un élément vecteur de stress, permettant ainsi un répit temporaire.

« J'ai dû quitter un Zoom, car je me suis senti trop affecté une fois. Je n'en pouvais plus. C'était sur la réouverture des points de distribution alimentaire et une bénévole qui s'arrêtait sur les détails. J'ai préféré prendre de la distance » (Responsable d'une Unité Locale, Marseille).

Pour d'autres, la solution a été de démissionner de la CRf ou se retirer momentanément

« J'ai préféré partir » (Bénévole d'un dispositif d'action sociale, Marseille)

Des mécanismes de dénis ou d'attitudes défensives ont également été rapportés.

« Je ne préférais pas penser au pire, à voir des personnes dans des cercueils et des fosses comme en Italie ou aux États-Unis ou... bref. » (Référente COVID-19, Guyane)

« À l'attaque ou aux reproches des autres, je faisais comme eux, car je me sentais blessé, gêné ou en colère » (Bénévole référente d'un dispositif, Marseille)

Des mécanismes de *coping* centrés sur les émotions ont été mis en évidence, associant l'adoption d'un esprit combatif, c'est-à-dire une attitude de détermination leur permettant de relever dans l'adversité et aller de l'avant quoi qu'il arrive.

« C'est très frustrant de voir cette misère, on se sent impuissant. Être sans-papier, sans-abri, sans rien. Quelle souffrance! Et tu te sens bloqué en Guyane. Tu ne peux pas ouvrir de compte bancaire, tu n'as rien pour vivre, tu travailles et tu n'as rien, mais tu dois te battre et il y a de l'amour, la passion d'aider avec toutes les forces de notre âme » (Médiateur communautaire, Urgence COVID Réfugiés, Guyane).

Des mécanismes de *coping* davantage dits « négatifs », comme ceux de la culpabilité ou de l'auto critique, ont été également identifiés. Ils étaient, la plupart du temps, réversibles et ne s'inscrivaient pas dans la durée. En effet, les déterminants de la culpabilité ou de l'autocritique auraient été surtout dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu : fatigue, surmenage, croyances, système de valeurs) et situationnels (en fonction de la nature du problème, sa contrôlabilité...).

« Je n'aurais pas dû réagir comme ça. J'ai perdu le contrôle. Mais, je me suis excusée, expliquée ». (Responsable lutte anti vectorielle, colisage, Guyane)

Les bénévoles ont aussi minimisé la menace dans leur gestion du risque.

« Oui, j'ai été stressé d'être infecté et d'infecter les autres, car le virus circule et tue encore ici, en Guyane, mais on fait avec, car avec la CRf et MdM, on est obligé de s'exposer. On sait que l'on peut être contaminé, mais on avance, on ne peut pas faire autrement » (Bénévole médiateur polyglotte, urgence COVID, Guyane).

Un grand nombre de bénévoles évaluent positivement leur expérience comme volontaire, en réponse à un possible désordre émotionnel ou affectif.

« Je suis sorti plus fort de cette épreuve » (Bénévole médiateur polyglotte, urgence COVID, Guyane)

Les façons de s'octroyer des temps de récupération et de réduire le stress (*self-care*) qui ont été les plus énoncées dans les discours des bénévoles sont par exemple : le changement de tâche bénévole, le partage de tracas avec son conjoint ou sa conjointe, le sport, la télévision, les sorties entre amis, etc.

« Il m'arrivait d'avoir des difficultés de concentration. Moi qui lis beaucoup, là je ne pouvais plus, mais je faisais du petit bricolage à la place...et du sport, de la Zumba. (Référente COVID, Marseille)

Pour les bénévoles ayant une expérience préalable dans le secteur de la solidarité, le recours à leur acquis a permis une meilleure connaissance des risques d'épuisement émotionnel et la mise en place plus rapide de stratégies de *coping*.

« J'ai 20 ans d'expérience en secourisme, formation en premiers secours, en gestion d'une UL et le Baptême de feu de Carry-le- Rouet, pour les expatriés COVID. Donc, j'ai dû m'adapter aux situations de gros stress, à force ! » (Référente Urgence COVID, PACA).

« Ça fait 20 ans que je suis à la CRf. Je suis arrivé quand j'avais 16 ans en tant que secouriste d'abord puis professionnel au début et redevenu bénévole. Depuis 6 ans, je me suis rattaché à différentes UL. J'ai un rôle de cadre, de management dans le secourisme et président d'une UL. C'est une

passion pour la gouvernance, d'initier des projets, des nouveaux services. Ce qui est à l'inverse du Secourisme qui est très cadré, rigide. [...] Gérer les problématiques organisationnelles, de ressources humaines, c'est stressant. Il y a 60% des bénévoles seniors mis sur la touche et donc il fallait assurer sans eux. J'ai réussi à ne pas me laisser déborder physiquement comme émotionnellement, sûrement en raison de ce passé » (Bénévole de l'Action Sociale, PACA)

Enfin, des mécanismes de *coping* collectifs ont été retrouvés. En premier lieu le recours à des pairs dans un cercle proche.

« On n'a pas de psy, mais un médecin Référent pour les Pompiers, Marins Pompiers bénévoles. Moi je le connais depuis que je suis gamine et si besoin j'irai le voir direct ! Ou alors un IDE1 si j'ai un problème psy. Il y a aussi le directeur des Opérations, qui est un ancien médecin. Ce n'est pas un psy, mais j'ai confiance. Il y a beaucoup de gens expérimentés et pas besoin de psy. Les bénévoles font du soutien psy par eux-mêmes sans s'en rendre compte. Par exemple, mes parents ont le truc pour faire du psy sans besoin d'être professionnels » (Bénévole responsable d'un dispositif COVID, Marseille).

Une proximité existait souvent en amont avec la ou les personnes identifiées comme aidants. Cela peut être en raison d'un lien de mentorat ou d'amitié établi entre ces « figures d'aidants pour les aidants » et les personnes en recherche d'aide, d'une écoute. Ceci explique le non-recours à des psychologues du centre opérationnel de la CRf (ligne d'écoute, groupes d'échanges par Skype) quand on les questionne à ce sujet. Parmi ces figures d'écouter, sont évoquées « le médecin », « l'infirmier », des « pairs » ou encore « les Anciens » (« des gens expérimentés » de la CRf engagés depuis plusieurs années).

L'engagement bénévole au décours de la crise a permis pour les volontaires une forme de socialisation dans un contexte de confinement et d'isolement.

« On se donne des coups de fil si on sent que l'autre ne va pas terrible... On est une belle équipe, on peut compter les uns sur les autres. On a des liens sociaux très très forts. » (Responsable "la CRf chez Vous", Marseille).

Les actions des bénévoles ont également été pourvoyeuses de sens et conformes à leur système de valeurs humanistes.

« Ça m'a fait du bien d'être bénévole à 150%, car j'étais au chômage avant le confinement et ne trouvait plus de sens à mon quotidien, au travail ! ».

« On ne vient pas à la CRf pour rien. Les populations Haïtienne et Brésilienne pensent qu'être à la CRf, ça peut les aider dans les démarches administratives. Mais, c'est surtout pour se rencontrer entre bénévoles, créer du lien social. Cela leur permet de s'épanouir et d'acquérir des savoirs, des connaissances et de trouver sa place, dans un groupe ou...comme dans une entreprise » (Responsable du secteur Urgence, Guyane).

Discussion

Cette étude qualitative permet pour la première fois de mettre en évidence les facteurs de stress psychosociaux, leurs conséquences et les mécanismes de *coping* mis en place par les bénévoles de la Croix-Rouge au début de la pandémie de COVID-19. Ces résultats montrent que ce n'est pas tant le niveau d'exposition aux facteurs de risques qui détermineront le niveau de stress perçu, mais plutôt un ensemble de déterminants (personnels, familiaux, sociaux, organisationnels, environnementaux) interagissant entre eux qui amènera le bénévole à percevoir son activité comme une activité « à risque » sur le plan biologique comme psychosociale.

Les bénévoles doivent faire face à de nombreux stress au cours de leurs actions. De précédents travaux ont montré que ces hauts niveaux de stress peuvent être à l'origine d'angoisse ou de dépression à court et moyen terme (Lai et al., 2020; Lee et al., 2007). Certains facteurs de risque de complication en termes de santé mentale ont été précédemment identifiés chez les soignants, comme le fait d'être une femme, d'être en première ligne face aux patients infectés par le SARS-CoV2, ou d'avoir une profession intermédiaire (Lai et al., 2020). Dans notre étude, nous retrouvons des facteurs individuels de risque spécifiques liés notamment à de nouvelles organisations de la gestion des risques sanitaires et/ou d'aide humanitaire d'urgence au sein de l'institution, dont les implications psychosociales étaient imprévisibles. L'exclusion des bénévoles seniors des actions de terrain a été par exemple très mal vécue alors même qu'ils représentaient la majorité des acteurs de première ligne avant la crise. Si la question des mesures collectives pour protéger les plus vulnérables a été un enjeu important des politiques de santé publique, ces conséquences sur l'isolement des seniors sont encore peu documentées (Piccoli et al., 2020).

Pour autant, notre étude met en évidence le rôle de lien social de l'action bénévole. Dans une perspective psychodynamique, l'engagement bénévole dans un tel contexte d'adversités a permis d'être un élément producteur de santé (ou de sa préservation), de sens et d'identité (Clot, 2010). Nos résultats montrent l'importance de cette socialisation et le rôle clinique de l'action bénévole qui permet de rester en bonne santé (dont mentale) dès lors qu'il existe un sentiment de pouvoir d'agir, d'initiative, de créativité en situation de contrainte. Comme le rappelle le Dr Didier Fassin, le fait de mettre ses compétences au service d'autrui et de participer à « une communauté de préoccupations » représente des dynamiques sociales à appréhender au sein d'une « nouvelle économie morale » produisant des valeurs partagées (Fassin, 2020). L'engagement bénévole a également répondu à un besoin d'action collective assurant une reconnaissance, mais aussi une protection grâce à des « liens de participation élective » (des relations affinitaires entre amis, pairs, au sein d'associations, de communautés) face au stress lié à l'épidémie (Paugam, 2008). En situation d'incertitude, le délitement du lien social et la désaffiliation avec une communauté professionnelle (du fait notamment du télétravail ou du chômage partiel), la temporalité du bénévolat a permis à la personne de bénévole de s'inscrire dans une histoire collective où la question de la responsabilité partagée dans le désordre globalisé est rappelée. Certains auteurs parlent même de processus de socialisation humanitaire (PARIZOT, 2007). Les bénévoles perçoivent les autres acteurs de la CRF comme une « famille » dont les membres partageraient les mêmes valeurs. Ces valeurs, comme la charité, la compassion, la clémence, le respect de la vie

humaine comprennent également les principes d'unité, d'universalité et de volontariat, que Jean Pictet a décrits comme « organiques » au sein de la CRf (Pictet, 1979).

Les bénévoles ont dû faire face à une précarisation importante de leurs bénéficiaires. Au-delà du risque infectieux, les volontaires CRf ont dû déployer et adapter au plus vite leur aide en prenant en compte des besoins multiples (logement, aide alimentaire, accès à l'eau) ("Locked down Outside": Perception of Hazard and Health Resources in COVID-19 Epidemic Context among Homeless People, n.d.), à moyens parfois constants, dans l'urgence, et tout en ayant à protéger leur propre situation ou celle de leur famille. Les facteurs de stress dans notre étude sont multiniveaux et peuvent se cumuler. Leur prévention devrait prendre en compte des facteurs individuels, mais aussi organisationnels et globaux. Certains auteurs au décours de la crise rappellent ainsi l'importance de recommandations claires de la part des organisations, d'accès facilités au dépistage et à la prise en charge des familles des acteurs de terrains ou la nécessité d'adapter les interventions aux risques infectieux comme un ensemble de mesures permettant de réduire l'anxiété des intervenants (Adams & Walls, 2020; Parsons Leigh et al., 2021). L'impact psychosocial de l'épidémie est bien documenté chez les soignants et a permis d'alerter sur la nécessité de dépister et prendre en charge ces conséquences en termes de santé mentale (A Multinational, Multicentre Study on the Psychological Outcomes and Associated Physical Symptoms amongst Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak - PubMed, n.d.; Du et al., 2020; Firew et al., 2020). En conséquence, l'OMS et la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge (ICFRC) ont édité une série de recommandations à l'usage des acteurs de terrain (Corona / COVID-19 – Psychosocial Support IFRC, n.d.; Organization, 2020). Les participants dans notre étude rapportent l'importance d'un lien préalable avec leur potentiel « aidant ou écoutant » au sein de l'organisation. Ceci met en avant la nécessité de former aux premiers secours psychologiques (mondiale de la Santé, 2012), un ensemble le plus large possible d'acteurs et pas seulement des acteurs biomédicaux ou des psychologues afin de pouvoir prendre en charge le plus grand nombre de bénévoles dans un cadre de proximité. Au-delà des premiers secours, la réponse à l'épidémie d'Ebola nous a également appris que la supervision des aidants augmente leur capacité à répondre et à fournir un soutien à ceux qui en ont le plus besoin (Kamara et al., 2017).

Notre étude a concerné deux territoires différents et pour autant a mis en évidence des résultats très similaires auprès des bénévoles. Différents travaux qui portent sur les soignants dans des pays différents ont également montré des effets similaires sur le plan de l'impact en termes de santé mentale (burnout, anxiété) malgré des dynamiques épidémiques, des cultures et des organisations sanitaires et sociales différentes (A Multinational, Multicentre Study on the Psychological Outcomes and Associated Physical Symptoms amongst Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak - PubMed, n.d.; Du et al., 2020; Firew et al., 2020).

Il y a une série de limites à notre étude. Premièrement, nos résultats ne sont représentatifs que des bénévoles de la CRf et des régions PACA et de la Guyane. L'organisation du bénévolat, leur management et les représentations en termes de valeur de la CRf y sont spécifiques et d'autres études sur d'autres types de structures pourraient apporter des résultats complémentaires. Deuxièmement, cette étude est une étude transversale réalisée dans la première phase de l'épidémie (fin de la première vague) et ne rend pas compte les implications psychosociales à long terme. Enfin, le caractère

stigmatisant des troubles psychosociaux et/ou psychiques et la peur d'être discrédités dans leurs actions entraîne possiblement une sous-estimation du mal-être chez les bénévoles interrogés.

Conclusion

Les bénévoles CRf en contexte pandémique, y compris les personnes en charge de la logistique et des charges administratives, ont été très impactés sur le plan psychologique. Les défis d'une réponse prolongée au COVID-19 doivent prendre en compte la santé mentale des bénévoles en limitant les facteurs de stress et en consolidant leur mécanisme de coping. Ainsi, une communication transparente et réfléchie au sein des équipes et de la part de l'organisation peut contribuer au sentiment de contrôle et de confiance en contexte d'incertitude. Le fait de s'assurer que les bénévoles soient soutenus à la fois en tant que membre de la CRf, mais aussi en tant qu'individus, qu'ils soient suffisamment reposés et en capacité de répondre à leurs besoins personnels aigus (comme les soins au sein de leur famille) permettraient également de limiter l'impact de la crise. Des séances d'information et de rétroaction fréquentes avec les gestionnaires locaux et la communauté CRf dans son ensemble, complétées par une communication claire, concise et mesurée, pourraient aider les équipes à assurer leur sécurité au cours de leurs interventions. À ce titre, la supervision à plusieurs niveaux (individuelle, de groupe) permet de soutenir les stratégies de coping et de créer des possibilités d'apprentissage et de partage mutuels. Enfin, l'engagement bénévole reste et représente avant tout un espace de socialisation pourvoyeur de sens et de valeur et donc une ressource individuelle et collective certaine pour les bénévoles.

Bibliographie

- 26e rapport sur l'état du mal-logement en France 2021.* (n.d.) Fondation Abbé Pierre. Retrieved March 3, 2021, from <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/26e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2021>
- A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak—PubMed.* (n.d.). Retrieved May 31, 2021, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32330593/>
- Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*, *323*(15), 1439–1440. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
- Aldamman, K., Tamrakar, T., Dinesen, C., Wiedemann, N., Murphy, J., Hansen, M., Elsiddig Badr, E., Reid, T., & Vallières, F. (2019). Caring for the mental health of humanitarian volunteers in traumatic contexts: The importance of organisational support. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1694811.
- CDC COVID-19 Response Team. (2020). Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19—United States, February 12–April 9, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *69*(15), 477–481. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour En Finir Avec Les Risques Psychosociaux.* Paris: La Découverte.

- Confinement: Des conséquences économiques inégales selon les ménages—Insee Première—1822.* (n.d.). Retrieved November 5, 2020, from <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4801313>
- Corona / COVID-19 – Psychosocial Support IFRC.* (n.d.). Retrieved April 22, 2020, from <https://pscentre.org/archives/resource-category/covid19>
- Du, J., Dong, L., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L., Liu, B., Zhang, M., Yin, Y., Qin, J., Bouey, J., Zhao, M., & Li, X. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *General Hospital Psychiatry, 67*, 144–145. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.03.011>
- Dumont, G.-F. (2011). *Géographie urbaine de l'exclusion (Urban Geography of Exclusion)*. Paris, Éditions L'Harmattan.
- Fassin, D. (2020). *De l'inégalité des vies*. Fayard.
- Firew, T., Sano, E. D., Lee, J. W., Flores, S., Lang, K., Salman, K., Greene, M. C., & Chang, B. P. (2020). Protecting the front line: A cross-sectional survey analysis of the occupational factors contributing to healthcare workers' infection and psychological distress during the COVID-19 pandemic in the USA. *BMJ Open, 10*(10), e042752. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042752>
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (n.d.). *Beyond Ebola From dignified responseto dignified recovery.* https://www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/201601/Beyond%20Ebola%20report-EN_LR.pdf
- Kamara, S., Walder, A., Duncan, J., Kabbedijk, A., Hughes, P., & Muana, A. (2017). Mental health care during the Ebola virus disease outbreak in Sierra Leone. *Bulletin of the World Health Organization, 95*(12), 842.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open, 3*(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lapolla, P., Mingoli, A., & Lee, R. (2021). Deaths from COVID-19 in healthcare workers in Italy—What can we learn? *Infection Control and Hospital Epidemiology, 42*(3), 364–365. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.241>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, A. M., Wong, J. G. W. S., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C.-M., Wong, P.-C., Tsang, K. W. T., & Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 52*(4), 233–240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>
- “Locked down outside”: Perception of hazard and health resources in COVID-19 epidemic context among homeless people. (n.d.). Retrieved May 31, 2021, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8160278/>
- mondiale de la Santé, O. (2012). *Les premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain*. OMS: Genève, Suisse.
- Mosnier, E. (2017). *Epidémiologie des maladies infectieuses et épidémiques en milieu isolé Amazonien* [PhD Thesis]. Guyane.

- Nacher, M., Rousseau, C., Succo, T., Andrieu, A., Gaillet, M., Michaud, C., Servas, V., Douine, M., Schaub, R., Adenis, A., Demar, M., Abboud, P., Epelboin, L., & Djossou, F. (2021). The Epidemiology of COVID 19 in the Amazon and the Guianas: Similarities, Differences, and International Comparisons. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.586299>
- Organization, W. H. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020* (WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1). Article WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>
- OXFAM. (n.d.). *Le virus des inégalités*. Oxfamfrance. <https://www.oxfamfrance.org/rapports/le-virus-des-inegalites/#:~:text=Le%20rapport%20d>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- PARIZOT, I. (2007). La prise en charge des malades démunis: Entre univers médical et univers humaniste. *Repenser La Solidarité, l'apport Des Sciences Sociales*.
- Parsons Leigh, J., Kemp, L. G., de Grood, C., Brundin-Mather, R., Stelfox, H. T., Ng-Kamstra, J. S., & Fiest, K. M. (2021). A qualitative study of physician perceptions and experiences of caring for critically ill patients in the context of resource strain during the first wave of the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06393-5>
- Paugam, S. (2008). *Le lien social*. Collection Que sais-je. Paris: Ed. PUF.
- Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., & Koeberle, S. (2020). Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19: La prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. *Ethics, Medicine and Public Health*, 14, 100539. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100539>
- Pictet, J. (1979). Les principes fondamentaux de la Croix-Rouge. *Int'l Rev. Red Cross*, 61, 130.
- Thormar, S. B., Gersons, B. P. R., Juen, B., Marschang, A., Djakababa, M. N., & Olf, M. (2010). The mental health impact of volunteering in a disaster setting: A review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 529–538.
- Ultra-précarité en région PACA, l'avertissement du collectif ALERTE PACA*. (2020, October 16). Uriopss Paca et Corse. <https://www.uriopss-pacac.fr/actualites/ultra-precarite-en-region-paca-lavertissement-du-collectif-alerte-paca>
- Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A. S., Muana, A. T., Hann, K., Eaton, J., Martin, S., & Nellums, L. B. (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 210.
- World Health Organization. (n.d.). *Basic Psychosocial Skills: A Guide for COVID-19 Responders*. Retrieved April 27, 2021, from <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-basic-psychosocial-skills-a-guide-for-covid-19-responders>