HAL open science

# Des crises sanitaires aux crises politiques

Renaud Crespin, Carole Clavier

**To cite this version:**

Renaud Crespin, Carole Clavier. Des crises sanitaires aux crises politiques. Lien social et Politiques, 2022. hal-03772489

**HAL Id: hal-03772489**

**https://hal.science/hal-03772489**

Submitted on 15 Dec 2022

**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.

Lien social et Politiques

n°88

2022

# Des crises sanitaires aux crises politiques

Lien social et Politiques n° 88

# Des crises sanitaires aux crises politiques

Sous la direction de
**RENAUD CRESPIN et CAROLE CLAVIER**

## Sommaire

—

**Introduction**
Des crises sanitaires aux crises politiques
Renaud Crespin et Carole Clavier 4

—

**Section 1**
Syndémie et vulnérabilités des individus et des professionnel·les

Inégalités et COVID-19 : impacts de la crise sanitaire sur les opinions à l'égard des personnes assistées sociales et leur représentation médiatique au Québec
Normand Landry, Alexandre Blanchet, Olivier Santerre, Marie-Josée Dupuis et Sylvain Rocheleau 21

Expérience des communautés étudiantes québécoises durant la première vague de COVID-19 : rendre visibles les difficultés rencontrées par les étudiant·es issu·es de différents groupes sociaux
Myriam Bernet, Geneviève Pagé, Selbé Diouf, Christophe Lévesque, Julie Godin, Pascale Dubois, Élianne Carrier, Simon Turcotte, Joanie Côté et Catherine Flynn 43

De la « vocation » à prendre soin au joug de la performance : dévoiler les réalités des travailleuses du *care* pour comprendre la crise du système de santé et de services sociaux
Maude Benoit, Gabriel Lévesque, Léonie Perron 66

Les masques de la reconnaissance
Le travail d'intervenante à domicile durant la crise sanitaire de la COVID-19
Thomas Bonnet, Julie Primerano 89

## Section 2
Crises sanitaires et maltraitances organisationnelles

« C'est l'État qui nous a tués ! »
Ebola en Guinée : la mémoire d'une histoire politique violente
Rubis Le Coq 111

Résilience face aux crises sanitaires : un modèle d'analyse pour mieux cerner la complexité de gestion dans les États fragiles
Stéphanie Maltais, Sophie Brière et Sanni Yaya 132

Les personnes exilées et les associations locales en temps de pandémie : d'une crise à l'autre
Fransez Poisson, Patricia Loncle et Maryam Mahamat 152

Maltraitance organisationnelle dans les CHSLD : la réponse du gouvernement du Québec en contexte de crise sanitaire
Marie Beaulieu et Julien Cadieux Genesse 172

—

## Section 3
Crises sanitaires et crises de la démocratie

Chronique d'un « mensonge »
Déclarations gouvernementales sur l'« inutilité » du port du masque en « population générale » et réactions indignées du public
Gérald Gaglio, Cédric Calvignac et Franck Cochoy 194

La crise de la COVID-19 dans les urnes
Une analyse multiniveau des effets de la crise sanitaire sur la participation électorale aux élections municipales françaises de 2020
Julien Audemard et David Gouard 213

Grammaire bienveillante et rhétorique de combat : stratégies discursives des dirigeantes en Islande, en Nouvelle-Zélande et à Taïwan durant la pandémie de COVID-19
Gauthier Mouton et Priscyll Anctil Avoine 237

Note de recherche. La crise de la COVID en France : de l'entracte de la politique à un changement d'ordre politique ?
Emmanuel Henry et Claude Gilbert 258

# Des crises sanitaires aux crises politiques

**RENAUD CRESPIN**

Chercheur — Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Centre de sociologie des organisations (UMR 7116), SciencesPo

**CAROLE CLAVIER**

Professeure — Département de science politique, Université du Québec à Montréal

Responsable de l'axe Politiques publiques et santé des populations — Réseau de recherche en santé des populations du Québec

—

Toutes les crises sanitaires sont des crises politiques (Zylberman, 2012), ou plutôt toutes les crises sanitaires peuvent devenir des crises politiques. Rappelons que, pendant des années, l'épidémie du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) n'a pas été une crise politique. Elle est longtemps demeurée une épidémie à bas bruit, du fait du décalage entre le moment de l'infection et celui de la mort, mais aussi de l'incapacité des autorités scientifiques et politiques à reconnaître la gravité d'une situation frappant d'abord des populations marginalisées et stigmatisées. Il a ainsi fallu près d'une décennie pour que le sida devienne une crise politique, à la suite de l'activisme des associations et du cumul de milliers de morts. Par contraste, en 2020, la pandémie de COVID-19 se transforme rapidement en crise politique, en raison de ses effets sanitaires, mais aussi de la réaction des gouvernements à la propagation visible de la maladie (Catlin, 2021). Ce qui constitue l'événement de cette pandémie relève ainsi moins de ses propriétés intrinsèques que des réponses politiques et sanitaires inédites qu'elle a suscitées. Ces réponses ont bouleversé les vies familiale, sociale et professionnelle à l'échelle planétaire (Agier, 2020). Dans le même temps, elles dépendent de contextes institutionnel, politique, social, économique et international toujours particuliers (Gaille et Terral, 2021; Jasanoff *et al.*, 2021).

Entre leur singularité relative et leur déploiement dans des espaces sociaux déjà structurés, ces crises sanitaires sont politiques à plusieurs égards. Tout d'abord, elles révèlent des inégalités socioéconomiques dont elles se nourrissent, accentuant des vulnérabilités préexistantes et des difficultés d'accès aux soins. Par ailleurs, elles appellent des réponses de la part des autorités publiques inscrites dans des dynamiques institutionnelles et organisationnelles spécifiques. À cet égard, les crises sanitaires peuvent être amplifiées suivant les orientations des politiques publiques dans différents domaines (systèmes de santé, sécurité du revenu, prise en charge des personnes âgées dépendantes, etc.) et le degré de préparation comme de légitimité des institutions de santé publique. Enfin, elles interrogent les régimes démocratiques parce qu'elles sont souvent associées à des mesures exceptionnelles et constituent l'occasion de débats publics singuliers, façonnés par les relations entre les savoirs existants et émergents et la peur.

Ce numéro de *Lien social et Politiques* discute ces trois dimensions politiques des crises sanitaires, en particulier – mais pas seulement – à partir du cas de la pandémie de COVID-19.

## Syndémie et vulnérabilités des individus et des professionnel·les

En septembre 2020, Richard Horton, rédacteur en chef du *Lancet*, y titrait que la COVID-19 n'était pas une pandémie. Il ne cherchait pas à minimiser l'importance de la maladie à l'échelle mondiale, mais plutôt à remettre en question le cadrage exclusivement épidémiologique et clinique que les gouvernements et la plupart des experts médicaux attribuaient à la situation. Il proposait pour sa part un cadrage tenant compte des inégalités sociales lorsqu'il soutenait que la COVID-19 était une syndémie (Horton, 2020). Ce concept désigne les liens entre au moins deux maladies et leurs interactions avec le contexte social et politique (Singer *et al.*, 2017). La gravité de l'infection par le SARS-COV-2 est accentuée par des maladies préexistantes, souvent chroniques, elles-mêmes influencées par les conditions de revenu, d'emploi, de logement, d'alimentation, etc. Il ressort de ce cadrage sociopolitique que les solutions uniquement biomédicales ne sont pas suffisantes et qu'il convient de considérer les disparités sociales et leurs causes pour prendre la véritable mesure de la COVID-19 et limiter l'ampleur de ses effets.

À ce titre, des analyses subséquentes ont mis en évidence le poids démesuré de la prévalence de la COVID-19 et de sa létalité parmi les populations les plus défavorisées socialement et économiquement (par exemple Bambra, Lynch et Smith, 2021; Bassett, Chen et Krieger, 2020; Carde, 2020; Martino, Mansour et Bentley, 2022). D'autres ont démontré les effets délétères des mesures adoptées par les gouvernements pour réduire la contagion sur des populations vulnérables, que ce soit les itinérants à Montréal (Archambault *et al.*, 2021), les professionnels de la santé et des services sociaux (Flood *et al.*, 2020) ou, en France, les proches aidants (Giraud *et al.*, 2020) et les catégories les plus populaires (Noûs, 2020). Par ailleurs, les savoirs et les types d'expertise permettant de penser et de cadrer les crises sanitaires font l'objet de questionnements. L'épidémiologie, comme d'autres savoirs statistiques, n'est plus confinée à quelques groupes de chercheurs, mais circule tout en étant produite par des organisations publiques et privées de plus en plus diversifiées (Buton, 2006). Pour autant, ce déploiement épidémiologique a ses limites. Si de multiples données montrent l'inégale distribution sociale des maladies dans les populations, les autorités publiques peinent à s'en saisir pour définir et orienter des politiques de santé ciblées. Tout se passe comme si certaines données s'avéraient plus « appropriables » ou plus « ajustées » à l'action publique.

Ainsi, les contributions à ce numéro s'interrogent sur les effets inégalitaires des crises sanitaires sur les personnes en situation de vulnérabilité(s) et sur les professionnels des milieux de la santé et des services sociaux. Comment des mesures de gestion de la pandémie ont-elles conduit à renforcer des inégalités sociales sanitaires, par exemple en matière d'accès au travail et aux soins, de continuité des soins pour les maladies chroniques, incluant les pathologies mentales ?

Partant du constat que la pandémie de COVID-19 a révélé d'importantes inégalités sociales, Normand Landry, Alexandre Blanchet, Olivier Santerre, Marie-Josée Dupuis et Sylvain Rocheleau ont voulu vérifier si elle avait changé les perceptions des Québécois·es à l'égard des personnes bénéficiant d'aides sociales. Les résultats d'un sondage d'opinion réalisé auprès de deux mille personnes en juin 2020 montrent au contraire une grande stabilité des représentations : la majorité des répondant·es considère que les personnes assistées sociales ne méritent pas une aide d'urgence, en particulier si les programmes administratifs les jugent aptes au travail. En parallèle, les auteurs ont mené une analyse de la couverture médiatique de la pandémie au Québec,

dont les résultats sont congruents avec la stabilité de l'opinion publique. En effet, les thèmes de la pandémie et de la pauvreté n'ont été traités conjointement que dans environ 3 % des articles de presse, tandis que seulement 0,59 % d'entre eux évoquaient simultanément les sujets de la pandémie et de l'assistance sociale. Cette contribution met donc en évidence les limites de la portée transformatrice des crises sur les perceptions des inégalités sociales, alors même que les impacts démesurés de la maladie sur les personnes en situation de pauvreté ont été bien démontrés.

Myriam Bernet, Geneviève Pagé, Selbé Diouf, Christophe Lévesque, Julie Godin, Pascale Dubois, Élianne Carrier, Simon Turcotte, Joanie Côté et Catherine Flynn ont demandé aux étudiant·es de six établissements du réseau de l'Université du Québec comment iels se sentaient pendant la première vague de la pandémie de COVID-19 en 2020. Les auteurs·rices les ont interrogé·es quant aux effets du confinement et du passage aux cours à distance sur leur quotidien. Sur les près de 400 étudiants qui ont répondu au sondage, 176 s'identifiaient à un groupe vulnérable (étudiant·es en situation de handicap, parents ou étudiant·es de l'international). Pour eux, le confinement a entraîné des conséquences dans la plupart des sphères de leur vie (scolarité, accès à un logement, accès à des soins, accès aux services alimentaires, etc.), conséquences ayant des répercussions négatives sur leur santé physique et mentale. En mettant au jour l'imbrication des vulnérabilités auxquelles font face les étudiant·es dans leurs études et dans leur quotidien, cet article interroge la réponse et la responsabilité des universités devant les situations particulières de leurs étudiant·es.

Comment les travailleuses de première ligne des services de soins à domicile auprès des aînés font-elles pour « en faire plus avec moins » dans un réseau de la santé et des services sociaux québécois marqué par trois décennies de réformes managériales ? C'est la question que posent Maude Benoit, Gabriel Lévesque et Léonie Perron dans leur article. Près de 700 travailleuses de première ligne ont répondu à un sondage sur leurs pratiques professionnelles et leurs conditions de travail au début de l'année 2020, quelques semaines avant que la pandémie n'atteigne le Québec. Les résultats mettent en évidence les conséquences paradoxales des réformes managériales. Alors que ces dernières visaient à augmenter l'efficacité du service, la multiplication des procédures administratives qu'elles induisent conduit à réduire le temps que les intervenantes passent auprès des aînés, le travail du *care* s'en trouvant affecté. Ainsi, les intervenantes de première ligne risquent de perdre ce qui

donne un sens à leur profession aussi bien que leur motivation. Cet article met bien en évidence les effets négatifs de la conjonction d'une crise sanitaire, de réformes organisationnelles et de conditions de travail dégradées sur les professionnelles du *care* et, partant, leurs patient·es, la vulnérabilité de ces deux groupes se trouvant considérablement accrue.

Dans cette lignée, à partir d'une enquête menée en France auprès de sociétés de services d'aide à domicile, l'article de Thomas Bonnet et Julie Primerano montre quant à lui comment la crise sanitaire met en exergue la permanence du déficit de reconnaissance sociale et économique du travail des professionnels du *care*. S'inscrivant dans les travaux de SHS sur les catégories de travailleurs invisibles (Arborio, 2002), ceux qui exercent le « sale boulot » (Hughes, 1996), l'article interroge les processus sociaux, juridiques et politiques maintenant « le caractère inaudible, voire indicible des revendications » tant salariales que symboliques des aides à domicile, et ce, malgré leurs efforts pour assurer la continuité de leurs activités auprès de populations fragiles tout au long de la crise sanitaire liée à la COVID-19. Les aides à domicile ont réorganisé leurs activités en fonction des contraintes perçues (manque de masques et besoin de protection des patients vulnérables) et de leur représentation du risque épidémique, élaborant ainsi leurs propres règles sanitaires bien avant la stabilisation de protocoles formels. Or, malgré leur engagement continu et leurs compétences organisationnelles acquises et déployées pendant la crise, l'article montre que, considérées comme des travailleurs de « deuxième ligne », les aides à domicile ont eu les plus grandes difficultés à voir reconnue leur contamination par le SARS-CoV-2 comme maladie professionnelle. Ces difficultés ont certes suscité de l'incompréhension et de la colère, mais c'est surtout un sentiment d'injustice qui a prévalu lorsque d'autres mesures de lutte contre la pandémie, comme les obligations relatives à la vaccination (injections et *pass*) et aux tests antigéniques, sont venues compliquer, une nouvelle fois, l'exercice de leur profession.

## Crises sanitaires et maltraitances organisationnelles

Les dimensions institutionnelles des crises sanitaires sont multiples. Par exemple, les controverses entourant la production et l'utilisation de l'expertise scientifique peuvent amplifier les remises en question de la légitimité des politiques de santé publique et des gouvernements, dont les décisions semblent guidées par des facteurs difficilement identifiables (Giddens, 1999). La généralisation des applications de traçage de cas contacts ou du dépistage

comme instruments promus par les pouvoirs publics de différents pays pousse également à s'interroger sur leur caractère politique, tant dans leurs buts que dans leurs effets (Crespin, 2006, 2009; Lascoumes et Le Galès, 2004).

Les articles de ce numéro explorent deux autres dimensions institutionnelles des crises sanitaires. La première renvoie aux défaillances organisationnelles des institutions, mises au jour et amplifiées en contexte de crise, en particulier dans les systèmes de soins. Des travaux de sciences politiques proposent d'expliquer ces défaillances par des spécificités culturelles, sociales ou politiques, pour finalement attribuer aux populations la responsabilité des échecs de politiques internationales de lutte contre les épidémies (Lieberman, 2009). D'autres études, le plus souvent issues d'une anthropologie de terrain (Becker *et al.*, 1999; Fassin, 2002; Moulin, 2015), visent à se déprendre de cette tentation du *naming and shaming* caractérisant nombre d'évaluations comparatives de politiques publiques promues par des organismes internationaux (Dolowitz et Marsh, 1996; Hassenteufel, 2005).

Proche de ces travaux anthropologiques, l'article de Rubis Le Coq revient sur la crise sanitaire liée au virus Ebola en Guinée pour analyser comment les dispositifs sanitaires de lutte contre cette épidémie ont suscité des réactions d'opposition de la part des populations guinéennes. Les autorités publiques et sanitaires ont qualifié ces réactions de « simples réticences » dues à l'irrationalité ou à l'ignorance des Guinéens. *A contrario*, l'autrice les analyse comme des formes de résistance politique. Son enquête ethnographique permet ainsi d'en signaler la complexité en dévoilant les enjeux historique, politique et culturel réactivés par les dispositifs de ce qui est nommé « la riposte contre Ebola ». En étudiant les rapports de la population aux Centres de traitement d'Ebola (CTE), l'article montre que les résistances de cette dernière s'inscrivent dans une histoire longue des formes plurielles de contestation des violences d'État. Comprendre ces résistances (méfiance, évitement, fuite, circulation de rumeurs, manifestation de violence) nécessite une analyse des différents épisodes politiques nationaux que réactivent les CTE : les centres d'internement politique sous la présidence de Sékou Touré, les prisons et les campagnes de médecine de la période coloniale, où des dispositifs de quarantaine servaient déjà à isoler les malades du reste de la population. Ces expériences d'enfermement, telle une mémoire incorporée (Fassin, 2002) de la violence d'État, influent sur certains comportements et certaines catégories d'entendement des Guinéens pendant l'épidémie d'Ebola.

Sans oublier de prendre en compte le passé, Stéphanie Maltais, Sophie Brière et Sanni Yaya adoptent un tout autre regard sur le cas de l'épidémie d'Ebola en Guinée (2012-2016) en se concentrant plutôt sur la capacité institutionnelle à réagir face aux crises. Comment les États dont les institutions – et particulièrement les systèmes de santé – sont fragiles peuvent-ils affronter des crises sanitaires ? Les auteurs proposent un modèle d'analyse et de renforcement de la résilience des systèmes de santé dans les États fragiles. Ils présentent la résilience sanitaire comme un processus multidimensionnel devant prendre en considération le contexte, les acteurs en présence, les modes d'organisation et de fonctionnement des institutions ainsi que la connaissance et les rapports de pouvoir. À partir de ce cadre théorique et d'une étude de cas approfondie en Guinée, les auteurs proposent une analyse dont chacune des étapes nourrit la suivante : l'analyse du contexte; l'analyse des mécanismes de gestion et des modes de communication au sein de chacune des organisations impliquées et entre elles; l'identification des forces et des faiblesses de la résilience sanitaire.

La seconde dimension institutionnelle des crises sanitaires étudiée dans ce numéro est leur potentiel transformateur et ses limites. Si les crises sanitaires reproduisent et accentuent des inégalités sociales préexistantes, leur dimension politique peut également être l'occasion de transformer les principes et rapports de pouvoir structurant certains secteurs de l'action publique. C'est par exemple ce que montrent les travaux dirigés par Pinell (2002) sur les mobilisations associatives lors de la crise du sida en France. Par le travail critique formulé à l'encontre des pouvoirs publics et plus encore du complexe biomédical français, ces mobilisations ont transformé la production et l'organisation de la santé publique et de la science médicale (Buton, 2006; Epstein, 1996). De même, la crise sanitaire liée à la COVID-19 a généré la création de nouvelles organisations d'expertise (Conseil scientifique COVID-19, CARE), posant des problèmes de coordination avec les différentes structures administratives et organisationnelles déjà consacrées à la gestion des crises sanitaires (Bergeron *et al.*, 2020). Cette multiplication des instances a entraîné des conflits de compétences qui, en désorganisant la réponse publique à l'épidémie, ont révélé certains de ses retards et dysfonctionnements. Ce constat désormais bien instruit au niveau central est-il également observable à d'autres échelons de l'action publique ?

C'est la question que soulève l'article de Fransez Poisson, Patricia Loncle et Maryam Mahamat, qui ont réalisé une enquête à Rennes sur le rôle des associations au sein des systèmes locaux d'accueil des personnes exilées. Les auteurs montrent que la crise sanitaire a conduit à suspendre les routines

ordinaires de gestion dans les domaines de l'hébergement et de l'alimentation, pour faire émerger des formes de solidarités et de coopérations inédites. En effet, dès mars 2020, l'État est sorti du référentiel d'action fondé sur le principe de conditionnalité des aides pour permettre la prise en charge de toutes les situations de précarité résidentielle et alimentaire, facilitant ainsi l'action avec les associations. Or, depuis la fin du premier confinement, la pérennité de cette réorganisation de l'action publique connaît des trajectoires locales contrastées. Les aides publiques sont redevenues conditionnelles dans le domaine de l'hébergement alors qu'elles demeurent inconditionnelles dans celui de l'alimentation. L'article explique cette différence en insistant sur l'organisation des aides alimentaires. Dès le début de la crise, celles-ci se développent dans un partenariat étroit entre la municipalité rennaise et les associations, alors moins dépendantes des ressources d'État allouées dans le cadre de l'urgence sanitaire. Contraste qui permet alors aux auteurs d'engager un questionnement sur les effets des crises sanitaires sur l'action publique locale : à quelles conditions le renforcement des coopérations interorganisations dans un secteur (l'aide alimentaire) peut-il transformer l'action publique locale dans un autre secteur (l'hébergement d'urgence) ?

La contribution de Marie Beaulieu et Julien Cadieux Genesse étudie la « maltraitance organisationnelle » envers les aînés au Québec, c'est-à-dire l'influence de l'organisation des soins et des services sur la négligence ou la violence à l'égard des aînés en centres d'hébergement. Les auteurs sont plus circonspects quant au potentiel transformateur de la crise de la COVID-19 sur les institutions. Leur analyse des conférences de presse quotidiennes du premier ministre, de la ministre de la Santé et du directeur national de la Santé publique identifie les facteurs politiques et organisationnels ayant contribué à la forte prévalence de la COVID-19 et aux nombreux décès dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. Ils mettent ainsi en lumière l'influence des stratégies de réponse à la crise, comme le délestage des lits d'hôpitaux vers les CHSLD, mais aussi celle de problèmes préexistants, tels que le manque de personnel. La formation accélérée de préposés aux bénéficiaires – une des mesures phares du gouvernement du Québec pour compenser la pénurie de main-d'œuvre accentuée par la crise – pourrait répondre en partie à ce problème. Cependant, les auteurs formulent une mise en garde : cette formation n'intègre pas les compétences visant à reconnaître et à prévenir la maltraitance organisationnelle. Passée la crise, une formation complémentaire s'impose à ces nouveaux préposés aux bénéficiaires afin que la solution ne contribue pas à renforcer le problème.

## Crises sanitaires et crises de la démocratie

Les crises sanitaires remettent en question la légitimité de ceux qui sont en position d'autorité. Elles ont des effets sur la démocratie, sur le débat public et sur la légitimité de l'État et des institutions publiques. Elles constituent aussi un terreau fertile pour l'apparition et la diffusion de diverses théories du complot. Dans le cas de la pandémie de COVID-19, plusieurs constructions narratives ont été alimentées par la peur, l'incertitude et la désinformation. Certaines mesures de lutte contre la COVID-19 et leurs déclinaisons opérationnelles (confinement, couvre-feu, port du masque dans l'espace public ou pour les enfants) sont contestées par les populations, comme par certains élus, qui soulignent leur inadéquation avec les caractéristiques de certains territoires, de certaines populations ou activités professionnelles. Ces contestations appellent à interroger les logiques d'arbitrage entre intérêts publics, politiques, économiques et sanitaires, de même que le travail politique de construction cognitive, normative et institutionnelle de la crise.

Un autre aspect des enjeux démocratiques de la crise concerne la réduction du débat public par certains types de discours politiques. Deux leviers de réduction nous semblent récurrents. Tout d'abord, une réduction par un recours aux chiffres et à la quantification est notable. Un des exemples les plus frappants est peut-être le slogan d'une des campagnes promotionnelles des autorités françaises en faveur de la vaccination contre la COVID-19 : « On peut débattre de tout, sauf des chiffres. » Au-delà de l'étonnement que peut susciter une telle entorse aux principes de la démocratie sanitaire – ou la promotion de l'innumérisme comme outil de gouvernement des conduites sanitaires –, rappelons que ce type de discours s'avère une façon de gouverner en conférant aux problèmes quantifiés les propriétés d'un problème maîtrisable (Rose, 1991), en l'occurrence ici par la vaccination. De nombreux travaux ont montré que le recours à la quantification comporte une dimension rhétorique permettant d'objectiver les causes d'une crise, voire de désigner ses agents et les comportements humains responsables (Stone, 1989). Certes, ces données peuvent être déformées en circulant dans différents espaces sociaux, par exemple dans les médias, où le discours de la peur est omniprésent dans le traitement des crises. Plusieurs articles réunis dans ce numéro abordent les effets de cadrage du recours à la quantification sur les activités d'acteurs impliqués dans le traitement d'une crise comme sur la définition de certains problèmes soulevés dans ce type de situation. Un premier effet est abordé dans l'article de Benoit, Lévesque et Perron (première partie du numéro),

qui montre comment la quantification des pratiques des professionnelles du *care* transforme la façon dont leurs employeurs envisagent leur métier, c'est-à-dire moins comme des relations interpersonnelles que comme une réalité saisissable par des dispositifs statistiques, des tableaux et des comptes. Or, ces opérations de mise en chiffres sont peu ou mal reconnues dans l'évaluation professionnelle des tâches. Si le chiffre invisibilise ce qui a conduit à le construire, cela ne veut pas dire que les mesures chiffrées ne font pas l'objet de controverses.

L'article de Gérald Gaglio, Cédric Calvignac et Franck Cochoy montre qu'en France, la controverse publique sur les masques a porté sur les « bons » et « mauvais » usages de ces équipements de protection contre la COVID-19. Partant de ce constat, les auteurs insistent alors sur les soubassements de cette controverse, à savoir la révélation publique de l'insuffisance du stock de masques disponibles pour protéger l'ensemble de la population et les revirements de la position de l'État sur l'(in)utilité du port du masque. Comment ces revirements largement commentés dans les médias et sur les réseaux sociaux ont-ils été interprétés par les citoyens ? Le recueil et l'analyse de plus de 1200 témoignages révèlent que pour une part importante des répondants, ces changements de position accréditent l'existence d'un mensonge d'État sur la gestion des masques. Après avoir caractérisé certains des ressorts cognitifs autorisant une telle accusation, l'article invite à s'interroger plus largement sur les effets de réduction qu'exerce ce cadrage moralisant sur le débat démocratique. Les auteurs mettent ainsi en évidence combien ce tropisme de la dénonciation d'un mensonge conduit à figer la controverse dans une forme de présentisme (Hartog, 2003) en cantonnant l'espace des débats aux seules relations récentes entre décisions gouvernementales et pénurie de masques. De fait, d'autres questionnements, par exemple sur les politiques structurelles (décentralisation ou délégation au secteur privé de l'approvisionnement en équipements de protection, sous-financement des soins et de la santé publique) ayant conduit à la pénurie de masques et favorisé un premier discours des autorités publiques sur leur inutilité, tendent à être marginalisés, voire à disparaître du débat public sur l'épidémie de COVID-19. Finalement, on pourrait avancer ici que la controverse sur les masques, focalisée sur leur nombre insuffisant, éclipse les raisons politiques rendant compte de cette insuffisance.

Prolongeant cette réflexion sur la fascination pour le moment présent qu'entretiennent les chiffres, l'article de Julien Audemard et David Gouard propose

une analyse électorale rigoureuse de la controverse entourant le maintien, en plein confinement, des élections municipales françaises de mars 2020. C'est par les chiffres que les auteurs répondent aux usages de chiffres ayant nourri la dynamique de cette controverse. Ils relèvent ainsi que le recours par divers commentateurs à des anticipations chiffrées sur le nombre de contaminations et l'ampleur des décès qu'aurait pu occasionner la tenue de ces élections a été un des principaux arguments avancés en faveur de leur report. En outre, à la suite des élections, la controverse sur le faible taux de participation a conduit à invoquer un « effet épidémie » pour l'expliquer. Or, l'analyse d'Audemard et Gouard tend à relativiser l'impact de l'épidémie sur la participation électorale. Les auteurs montrent que cette faible participation s'inscrit dans la continuité de l'augmentation de l'abstention pour ce type de scrutin. De même, l'article de Claude Gilbert et d'Emmanuel Henry souligne combien les analyses fondées sur des indicateurs chiffrés de l'épidémie peinent à prendre en compte les facteurs plus structuraux de la fragilisation du système de santé depuis une trentaine d'années.

Le second discours réduisant le débat public est celui relatif à la guerre. Des travaux en science politique l'ont bien montré : la définition des problèmes est une question de représentation stratégique des situations. L'usage rhétorique par des autorités publiques de la métaphore « guerrière » est ainsi une stratégie efficace pour s'assurer un large soutien sur une politique donnée (Stone, 1997). Le recours à cette métaphore n'est pas nouveau, il fait partie des outils du gouvernement, que l'on songe par exemple à la guerre à la drogue, à la pauvreté ou, plus récemment, au terrorisme (Deleon et Martell, 2006; Jones et Mcbeth, 2010; Rushefsky, 2017). Énoncer publiquement la nécessité de mener une « guerre contre le virus » causant la COVID-19, comme l'ont fait le président français ainsi que d'autres gouvernements et organisations internationales[1], s'inscrit dans une telle stratégie politique. Plusieurs travaux soulignent combien le recours à la métaphore guerrière a des effets sur le débat démocratique. Dans cette approche le plus souvent descendante (*top-down*), la guerre devient le motif politique justifiant la mise en œuvre de mesures d'exception qui, reprenant les codes de la chaîne de commandement militaire, suspendraient, de fait, les routines ordinaires de l'action publique (Chapman et Miller, 2020). C'est par exemple ce que montrent les travaux de Stéphanie Hennette-Vauchez (2022) sur le recours de plus en plus fréquent au régime juridique de l'état d'urgence comme mode de réponse aux crises, dont celle de la COVID-19. En outre, en désignant un ennemi, la

rhétorique martiale permettrait aux pouvoirs de (re)définir non seulement le sens des actions publiques menées, mais également les identités sociales des acteurs engagés dans ces actions, les personnels soignants devenant des « soldats », et le monde social se trouvant relégué en première, seconde, voire troisième ligne (Pfaller, 2020). Cette nouvelle stratification professionnelle et sociale autorise alors l'activation publique de nouveaux principes de classement et de jugement pour distinguer celles et ceux qui, par leurs actions et leurs comportements, concourraient favorablement à l'effort commun de celles et ceux qui, parce qu'ils critiqueraient les mesures prises ou ne les adopteraient pas, pourraient être légitimement désignés comme responsables, sinon coupables, d'une augmentation des contaminations, voire des morts (Farris, Yuval-Davis et Rottenberg, 2021; Skog et Lundström, 2022). Enfin, en favorisant le consentement des populations, y compris sur un mode sacrificiel, à des mesures drastiques (distanciation sociale ou physique, fermeture des écoles), voire autoritaires (fermeture des frontières, confinement, couvre-feu, autorisation de circulation, etc.), rendues nécessaires pour sauvegarder la Nation, la métaphore guerrière permettrait également de rendre les individus responsables de l'épidémie, occultant ainsi les raisons politiques ayant conduit à ce qu'une telle situation pandémique soit possible (Castro Seixas, 2020; Lohmeyer et Taylor, 2021).

Sans rejeter la portée performative et l'analyse des jeux sémantiques qu'autorise la métaphore de la guerre, les articles de ce numéro tendent à nuancer la systématicité de ses effets sur l'action publique et les processus démocratiques en temps de crise sanitaire.

Gauthier Mouton et Priscyll Anctil Avoine explorent l'intersection entre les discours guerriers ayant caractérisé la réponse à la pandémie de COVID-19 au cours des premiers mois et les constructions de genre. Est-ce que les femmes à la tête des gouvernements de l'Islande, de la Nouvelle-Zélande et de Taïwan ont mobilisé les mêmes analogies guerrières que certains de leurs homologues masculins ? En étudiant leurs discours selon une perspective féministe poststructuraliste, les auteurs montrent que ces cheffes de gouvernement ont certes traité la pandémie comme un enjeu de sécurité, mais avant tout comme un enjeu d'inégalités sociales, de *care* et de solidarité. Ainsi, en s'appropriant certains thèmes traditionnellement associés aux femmes, ces dirigeantes ont insufflé une dimension sociale à la réponse à la crise sanitaire, en phase avec ses caractéristiques syndémiques.

L'article de Bonnet et Primerano (1re partie) reconnaît que la rhétorique martiale trace bien une frontière entre les travailleurs qui, se trouvant au front, en première ou en deuxième ligne, sont plus exposés au virus que le reste de la population, confiné « à l'arrière ». Pour autant, les auteurs montrent que les rétributions symboliques et économiques des sacrifices consentis par les travailleurs désignés comme « les soldats » de la guerre contre le virus varient selon les secteurs considérés. Pour les aides à domicile, ces rétributions n'ont été à la hauteur ni des revendications exprimées ni de la reconnaissance promise par les pouvoirs publics. En outre, les auteurs soulignent que le recours aux analogies guerrières n'est pas le seul apanage des autorités publiques, les associations mobilisées pour faire reconnaître les contaminations par la COVID-19 des travailleurs de première ligne comme maladie professionnelle y recourant également. Or l'appel à l'unité et à la solidarité nationales s'est ici heurté au système, restrictif et complexe, de reconnaissance des maux du travail. Les débats sur la qualification des aides à domicile comme « soldats » ainsi que sur les périmètres de leur intervention ont conduit à fragiliser « les lignes de front ».

Enfin, l'article de Claude Gilbert et d'Emmanuel Henry révèle que, dans des situations de crise mettant en péril la Nation, les conflits sociaux et politiques peuvent être atténués, voire suspendus au nom du nécessaire maintien de l'unité nationale. En revanche, il conteste que ces phénomènes puissent s'expliquer par la seule mobilisation d'une rhétorique guerrière. Les auteurs rappellent d'ailleurs que si les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 ont bien fait l'objet de mobilisations sociales et de critiques parfois virulentes, celles-ci n'ont pas été reconnues comme politiquement légitimes, voire ont été publiquement disqualifiées – les pouvoirs publics se trouvant *de facto* épargnés. La question est alors de savoir si un tel constat s'explique par certaines spécificités des situations de crises sanitaires marquées par de nombreuses incertitudes ou par des processus organisationnels et institutionnels plus larges, concourant à des formes de dépolitisation des enjeux sociaux à l'instar des questions sanitaires.

## Conclusion

Les articles de ce numéro nous invitent, enfin, à réfléchir à la *temporalité* des crises. Réduire les crises sanitaires au moment présent, c'est les dépolitiser et oublier qu'elles se révèlent au prisme de processus longs, de réformes et de politiques administratives, de mémoires incorporées, de situations

structurelles d'inégalités sociales et professionnelles, de problèmes sanitaires non traités, etc. Au-delà de la sidération et de l'urgence des premiers moments, les crises sanitaires continuent de produire des effets sanitaires, sociaux, économiques et politiques à moyen et à long terme, tant en raison du problème sanitaire que des mesures adoptées pour tenter de résoudre la crise. D'autres crises sanitaires semblent ne jamais trouver de réponse politique et s'installent pour des décennies – pensons ici à l'absence d'accès à l'eau potable de plusieurs Premières Nations du Canada ou à l'insalubrité de certains logements en milieu urbain. Si des travaux ont souligné le rôle déterminant des luttes définitionnelles dans le cadrage sanitaire des problèmes publics (Gilbert et Henry, 2009), la question des évolutions de ce cadrage à mesure que les crises s'éloignent des éléments déclencheurs, voire se normalisent, demeure entière.

Réfléchir à la temporalité des crises sanitaires invite aussi à penser les parallèles entre des épidémies survenues à différents moments. Sont-elles radicalement différentes ? Peut-on faire certaines analogies entre elles ? Sont-elles l'objet de discours qui tendent à les comparer, à les mettre en rapport ? Ces invocations sont inévitables dans les situations de fortes incertitudes – elles servent à donner une prise sur ce qui échappe, notamment du fait du manque de connaissances (Catlin, 2021). Aux États-Unis, de nombreux commentateurs ont fait des parallèles entre les crises de la COVID-19 et du VIH, alors qu'en France, la grippe espagnole fut régulièrement convoquée pour donner sens à l'épidémie de COVID-19. Finalement, comment nous souvenons-nous des crises ? La réponse est politique, comme nous le rappelle l'article de Rubis Le Coq : ainsi, en Guinée, on ne peut comprendre la façon dont les populations ont vécu la crise d'Ebola sans prendre en compte les crises antérieures et la violence politique ayant rythmé l'histoire du pays. Poser la question de la temporalité des crises sanitaires, c'est au fond demander : qui souffre, qui meurt ?

—

## Bibliographie

Agier, Michel. 2020. *Vivre avec des épouvantails : le monde, les corps, la peur*. Paris, Premier parallèle.

Arborio, Anne-Marie. 2002. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Anthropos.

Archambault, Léonie, Yan Ferguson, Marie-Ève Goyer, Nadia Giguère, Karine Hudon, Mathieu Isabel, Guillaume Ouellet et Vincent Wagner. 2021. *Rapport de l'étude sur l'implantation de l'unité d'isolement COVID-19 du Royal Victoria pour les personnes en situation d'itinérance (PESI) de Montréal*. Montréal, Institut universitaire sur les dépendances/Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté. <https://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2021/10/Rapport-Royal-Victoria-unite-isolement-covid-19.pdf>. Page consultée le 15 mai 2022.

Bambra, Clare, Julia Lynch et Katherine E. Smith. 2021. *The Unequal Pandemic: COVID-19 and Health Inequalities*. Bristol, Policy Press.

Bassett, Mary T., Jarvis T. Chen et Nancy Krieger. 2020. *The Unequal Toll of COVID-19 Mortality by Age in the United States: Quantifying Racial/Ethnic Disparities*. Boston, Harvard Center for Population and Development Studies.

Becker, Charles, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo et Moriba Touré. 1999. *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and understanding AIDS in Africa*. Paris/Dakar, Karthala/IRD/Éditions Codesria.

Bergeron, Henri, Olivier Borraz, Patrick Castel et François Dedieu. 2020. *COVID-19, une crise organisationnelle*. Paris, Presses de Sciences Po.

Buton, François. 2006. « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, 65 : 71-91.

Carde, Estelle. 2020. « Inégalités sociales de santé et rapports de pouvoir : COVID-19 au Québec », *Santé publique*, 32, 5-6 : 461-471.

Castro Seixas, Eunice. 2020. « War Metaphors in Political Communication on COVID-19 », *Frontiers in sociology*, 5 : 583680.

Catlin, Jonathon. 2021. « When Does an Epidemic Become a "Crisis" ? Analogies Between COVID-19 and HIV/AIDS in American Public Memory », *Memory Studies*, 14, 6 : 1445-1474. <https://doi.org/10.1177/17506980211054355>. Page consultée le 15 mai 2022.

Chapman, Connor M. et DeMond Shondell Miller. 2020. « From Metaphor to Militarized Response: The Social Implications of "We Are at War with COVID-19" – Crisis, Disasters, and Pandemics Yet to Come », *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40, 9-10 : 1107-1124.

Crespin, Renaud. 2006. « Drogues et sécurité routière. Changement politique ou nouvel usage des instruments ? », *Revue française de science politique*, 56, 5 : 813-836.

Crespin, Renaud. 2009. « Quand l'instrument définit les problèmes. Le cas du dépistage des drogues dans l'emploi aux États-Unis », dans Claude Gilbert et Emmanuel Henry (dir.). *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. Paris, La Découverte : 213-236.

Deleon, Peter et Christine R. Martell. 2006. « The Policy Sciences: Past, Present, and Future », dans B. Guy Peters et Jon Pierre (dir.). *Handbook of Public Policy*. London, Sage : 31-47.

Dolowitz, David et David Marsh. 1996. « Who Learns What from Whom ? A Review of the Policy Transfer Literature », *Political Studies*, 44, 2 : 343-357.

Epstein, Steven. 1996. *Impure Science AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley, University of California Press.

Farris, Sara, Nira Yuval-Davis et Catherine Rottenberg. 2021. « The Frontline as Performative Frame: An Analysis of the UK COVID Crisis », *State Crime Journal*, 10, 2 : 284-303.

Fassin, Didier. 2002. « Embodied History. Uniqueness and Exemplarity of South African AIDS », *African Journal of AIDS Research*, 1, 1 : 63-68.

Flood, Colleen M., Vanessa Macdonnell, Jane Philpott, Sophie Thériault, Sridhar Venkatapuram et Katherine Fierlbeck. 2020. *Vulnerable: The Law, Policy and Ethics of COVID-19*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.

Gaille, Marie et Philippe Terral (dir.). 2021. *Pandémie de COVID-19 : ce qu'en disent les SHS*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03036192/document>. Page consultée le 15 mai 2022.

Giddens, Anthony. 1999. « Risk and Responsibility », *Modern Law Review*, 62, 1 : 1-10.

Gilbert, Claude et Emmanuel Henry. 2009. *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. Paris, La Découverte.

Giraud, Olivier, Anne Petiau, Barbara Rist, Abdia Touahria-Gaillard et Arnaud Trenta. 2020. « Ça fait des années qu'on est confinés. La crise sanitaire du COVID-19 révélatrice de la condition des proches aidant·es de personnes en situation de dépendance », *Revue française des affaires sociales*, 4 : 243-260.

Hartog, François. 2003. *Régimes d'historicité : présentisme et expériences du temps*. Paris, Éditions du Seuil.

Hassenteufel, Patrick. 2005. « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale. Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », *Revue française de science politique*, 55, 1 : 113-132.

Hennette-Vauchez, Stéphanie. 2022. *La démocratie en état d'urgence : quand l'exception devient permanente*. Paris, Éditions du Seuil.

Horton, Richard. 2020. « Offline: COVID-19 Is Not a Pandemic », *The Lancet*, 396, 10255 : 874. <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6>. Page consultée le 11 avril 2021.

Hughes, Everett C. 1996. *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Jasanoff, Sheila, Stephen Hilgartner, J. Benjamin Hurlbut, Onur Özgöde et Margarita Rayzberg. 2021. *Comparative COVID Response: Crisis, Knowledge, Politics*. Ithaca, CompCoRe Network, Cornell University.

Jones, Michael D. et Mark K. Mcbeth. 2010. « A Narrative Policy Framework: Clear Enough to Be Wrong? Jones/McBeth: A Narrative Policy Framework », *Policy Studies Journal*, 38, 2 : 329-353.

Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès (dir.). 2004. *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de Science Po.

Lieberman, Evan S. 2009. *Boundaries of Contagion: How Ethnic Politics Have Shaped Government Responses to AIDS*. Princeton, Princeton University Press.

Lohmeyer, Ben A. et Nik Taylor. 2021. « War, Heroes and Sacrifice: Masking Neoliberal Violence During the COVID-19 Pandemic », *Critical Sociology*, 47, 4-5 : 625-639.

Martino, Erika, Adelle Mansour et Rebecca Bentley. 2022. « Housing Vulnerability and COVID-19 Outbreaks: When Crises Collide », *Urban Policy and Research*, 15 février : 1-16.

Moulin, Anne Marie. 2015. « L'anthropologie au défi de l'Ebola », *Anthropologie & Santé*, 11. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1954>. Page consultée le 15 mai 2022.

Noûs, Camille. 2020. « Le COVID-19, la guerre et les quartiers populaires », *La Nouvelle Revue du Travail*, 16. <https://doi.org/10.4000/nrt.6771>. Page consultée le 15 mai 2022.

Pfaller, Larissa. 2020. « Theorizing the Virus: Abjection and the COVID-19 Pandemic », *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40, 9-10 : 821-829.

Pinell, Patrice (dir.). 2002. *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Avec la collaboration de Claude Thiaudière, Pierre-Olivier de Busscher, Christophe Broqua et Marie Jauffret, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Science, histoire et société ».

Rose, Nikolas. 1991. « Governing by Numbers: Figuring out Democracy », *Accounting, Organizations and Society*, 16, 7 : 673-692.

Rushefsky, Mark E. 2017. *Public Policy in the United States: Challenges, Opportunities, and Changes*. New York, Routledge.

Singer, Merrill, Nicola Bulled, Bayla Ostrach et Emily Mendenhall. 2017. « Syndemics and the Biosocial Conception of Health », *The Lancet*, 389, 10072 : 941-950.

Skog, Frida et Ragnar Lundström. 2022. « Heroes, Victims, and Villains in News Media Narratives About COVID-19. Analysing Moralising Discourse in Swedish Newspaper Reporting During the Spring of 2020 », *Social Science & Medicine*, 294, 114718. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114718>. Page consultée le 15 mai 2022.

Stone, Deborah A. 1989. « Causal Stories and the Formation of Policy Agendas », *Political Science Quarterly*, 104, 2 : 281-300.

Stone, Deborah A. 1997. *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*. New York, Norton.

Zylberman, Patrick. 2012. « Crises sanitaires, crises politiques », *Les Tribunes de la santé*, 34, 1 : 35-50.

## Notes

[1] Par exemple, dans un *tweet* en date du 17 mars 2020, Donald Trump, alors président des États-Unis d'Amérique, déclarait : « *The world is at war with a hidden enemy. WE WILL WIN!* » Le 26 mars 2020, le général Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l'OMS, indiquait : « *We are at war with a virus that threatens to tear us apart.* »

# Inégalités et COVID-19 : impacts de la crise sanitaire sur les opinions à l'égard des personnes assistées sociales et leur représentation médiatique au Québec[1]

**NORMAND LANDRY**

Professeur titulaire — Université TÉLUQ

Titulaire — Chaire de recherche du Canada en éducation aux médias et droits humains

**ALEXANDRE BLANCHET**

Chercheur associé et professionnel de recherche — École nationale d'administration publique et chercheur associé à l'Université TÉLUQ

**OLIVIER SANTERRE**

Professionnel de recherche — Plateforme en humanités numériques, Université de Sherbrooke

**MARIE-JOSÉE DUPUIS**

Responsable de la recherche — Collectif pour un Québec sans pauvreté

**SYLVAIN ROCHELEAU**

Professeur adjoint — Département de communication, Université de Sherbrooke

—

## Crise sanitaire et opinion publique québécoise à l'égard des personnes assistées sociales

L'avènement d'un premier confinement généralisé au Québec est venu précipiter les personnes assistées sociales dans une crise socioéconomique sans précédent. Les revenus qu'elles tirent des prestations mensuelles d'assistance

sociale et des crédits d'impôt auxquels elles ont accès étant insuffisants pour leur permettre de couvrir leurs besoins de base, les personnes assistées sociales nécessitent un accès quotidien à des services communautaires, notamment pour se vêtir, s'alimenter et socialiser[2]. Or, la plupart de ces services ont été réduits de manière importante ou ont été suspendus entre le 22 mars et le 24 juin 2020, dates correspondant à ce premier confinement.

Malgré les demandes répétées des organismes de défense des droits des personnes assistées sociales, aucune aide financière particulière n'a été mise en place de manière palliative au cours de cette période, et les personnes assistées sociales n'étaient pas admissibles aux aides d'urgence fédérales ou provinciales. L'absence de mesures de soutien leur étant consacrées est ainsi venue exacerber leur vulnérabilité (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2021). Cette crise vécue par les personnes assistées sociales s'insère plus largement dans un contexte marqué par leur stigmatisation persistante au Québec (Ducharme, 2018). Des études ont établi que la condition sociale y est « le motif le plus susceptible de fonder une forme ou une autre de discrimination » et que les personnes prestataires des aides dites « de dernier recours » constituent le groupe faisant l'objet des perceptions les plus négatives de la part du grand public (Noreau *et al.*, 2015 : 70).

Nos propres travaux ont confirmé ces conclusions et ont témoigné de la stabilité des opinions négatives à l'égard des personnes assistées sociales. Dans les mois précédant la crise sanitaire, l'opinion publique québécoise se montrait « favorable à l'incitation gouvernementale contraignante à l'insertion à l'emploi, au maintien de faibles niveaux de prestations, bien en deçà des seuils établis de pauvreté, ainsi qu'à la catégorisation et au traitement différencié des personnes assistées sociales selon leur aptitude au travail » (Landry *et al.*, 2021 : 106). En cela, l'opinion publique québécoise soutenait les principes directeurs ayant encadré la restructuration des régimes de protection sociale qui s'est opérée au Québec, au Canada, aux États-Unis et en Europe au cours des dernières décennies (Groulx, 2009; Charron, 2019; Béland et Daigneault, 2015; Fortin, Chesnay et Greissler, 2021). Elle concordait également avec la faible appréciation témoignée au Canada anglais à l'égard des personnes assistées sociales et des programmes auxquels elles avaient accès (Commission ontarienne des droits de la personne, 2017; Mahon, Lawlor et Soroka, 2014).

L'opinion négative des Québécois·es à l'égard des personnes assistées sociales s'exprimait également dans le contexte d'une couverture médiatique minimale de l'assistance sociale au Québec, celle-ci occupant 0,2 % du poids

médiatique en 2017 et en 2018. Le cadrage médiatique de l'assistance sociale était alors effectué principalement par des acteurs politiques, suivant les thèmes et les axes privilégiés par les pouvoirs publics (réinsertion à l'emploi, finances publiques, marché du travail) (Landry *et al.*, 2021). Les acteurs politiques se voyaient d'ailleurs peu susceptibles d'être confrontés à des contre-discours en provenance d'acteurs des secteurs communautaires ou associatifs, ces derniers peinant à communiquer efficacement et à interpeller les médias d'information sur des enjeux associés à la pauvreté et à l'assistance sociale (Landry *et al.*, 2020).

À l'orée de la crise sanitaire, les personnes assistées sociales étaient par conséquent largement invisibilisées dans l'espace médiatique québécois, et faisaient l'objet d'une déconsidération importante de la part du grand public. Nous avons émis l'hypothèse que le choc social et économique provoqué par la pandémie était susceptible d'avoir eu un impact sur cet état de fait, et avons lancé deux chantiers d'investigation :

1. L'analyse de la mise en visibilité médiatique des inégalités économiques en période pandémique, en portant une attention particulière aux populations prestataires des programmes d'assistance sociale;

2. L'analyse de l'opinion publique à l'égard des personnes assistées sociales, dans un contexte nouveau où des segments importants de la population québécoise recevaient des aides financières publiques et où se déployaient de multiples programmes d'aide économique d'urgence, ceux-ci mettant à l'avant-plan le rôle joué par les pouvoirs publics dans l'organisation d'un filet de protection sociale.

Les résultats démontrent une forte concentration médiatique autour d'un nombre réduit de thèmes associés à la crise sanitaire, un faible niveau d'attention accordée à la question des inégalités économiques, et un niveau résiduaire de couverture médiatique consacrée aux populations assistées sociales. Ils témoignent également de la stabilité des opinions négatives à l'égard de ces populations[3] en période de crise sanitaire. Nos travaux mettent ainsi en évidence une cooccurrence entre la marginalisation médiatique des thèmes associés aux inégalités économiques et la stabilité des opinions négatives sur les personnes assistées sociales. Cet article présente, dans son cadre théorique et sa discussion, des éléments explicatifs permettant de préciser la nature de la relation entre visibilité médiatique et opinions publiques à l'égard des personnes assistées sociales.

## Approche théorique

Les sciences sociales offrent des outils théoriques permettant de dresser des ponts entre la couverture médiatique de certains objets ciblés et les opinions à leur égard. Un volume considérable d'écrits examinent les processus par lesquels l'attention accordée par les médias d'information aux objets (qu'il s'agisse de problèmes, d'acteurs, de phénomènes) influence les perceptions quant à leur importance (Coleman *et al.*, 2009; Luo *et al.*, 2019). Cet effet de « mise à l'agenda public » des objets constitués comme enjeux et questions ouverts au débat est étudié depuis plus de cinquante ans dans une multitude de contextes. Les travaux qui s'y consacrent regroupent des perspectives disciplinaires variées comprenant notamment les sciences politiques, la psychologie sociale et les sciences de la communication (Kiousis, 2004; McCombs et Valenzuela, 2014). Le présent article s'inscrit dans cette dernière discipline et s'insère plus spécifiquement dans une tradition de recherche établie de longue date sur les effets des médias de masse (voir Potter, 2017; Nabi et Oliver, 2009; Perse et Lambe, 2017). À cet égard, l'un des éléments d'investigation associés à la mise à l'agenda public consiste en la détermination des moyens et des degrés par lesquels les médias d'information confèrent et transfèrent vers le public une importance à certains thèmes, problèmes ou controverses plutôt qu'à d'autres (Wolfe, Jones et Baumgartner, 2013; McCombs, 2011)[4].

Deux notions centrales émergent de ces travaux : celle de saillance et celle de cadrage (voir Baran et Davis, 2010; Luo *et al.*, 2019). Trois éléments définissent la saillance. En premier lieu, elle est tributaire de l'attention conférée à un objet par les médias d'information, qui s'apprécie essentiellement par l'ampleur du volume médiatique lui étant consacré. En second lieu, elle est établie en fonction de la proéminence de l'objet dans cette couverture médiatique, qui est déterminée par la place qu'il occupe dans l'organisation de la présentation de l'actualité (en ouverture de bulletin de télévision, en une d'un journal, au sommet d'une page Web, etc.) et l'importance que lui accordent les médias prestigieux, à fort impact. En troisième lieu, elle est influencée par la valence, soit l'intensité de la charge émotive – fréquemment connotée positivement ou négativement –, qui accompagne cet objet (Kiousis, 2004; Lim, 2010; Ragas et Tran, 2013).

La notion de saillance ne renvoie toutefois pas qu'à un processus de mise en évidence des objets par les médias; elle implique également un processus de transfert des « attributs » conférés à ces objets par les médias d'information vers les publics, qui tendent à concevoir ces objets selon les caractéristiques principales leur étant ainsi associées (Kim, Scheufele et Shanahan, 2002; Wanta, Golan et Lee, 2004; McCombs, 2005). Pour Chyi et McCombs (2004), la notion d'« attributs » permet de faire le pont entre les théories de la mise à l'agenda public et celles liées au cadrage : les attributs dominants d'un objet de couverture médiatique s'imposent comme des « cadres » (Entman, 1993) qui définissent les angles, les aspects couverts, les perspectives incluses et exclues qui contribuent à définir l'objet. Ces cadres influencent les manières dont le public conçoit, se représente et traite les objets couverts par les médias (voir McCombs, 2005; Vreese, 2004).

Si la littérature a mis en lumière des facteurs multiples et complexes qui viennent tempérer et influencer les effets de mise à l'agenda public, selon les caractéristiques des auditoires, des médias et des objets présentés, elle confirme également leur récurrence et leur importance (Mustapha, 2012). Aussi, cet article présente la saillance des enjeux associés aux inégalités économiques, à la pauvreté et à l'assistance sociale dans la couverture médiatique de la COVID-19 par les médias québécois au cours des premiers mois de la crise sanitaire, de mars à juin 2020. Il met cette saillance en relation avec l'opinion publique à l'égard des personnes assistées sociales pendant cette période.

## Méthode

Nos travaux mobilisent à la fois les méthodes relatives à l'analyse informatisée de vastes corpus de données numériques et celles liées à l'analyse de sondage.

Les analyses conduites sur le corpus médiatique québécois résultent d'un processus d'archivage, de catégorisation et de regroupement des articles. L'ensemble de la production journalistique québécoise de langue française publiée en ligne entre le 23 mars et le 25 juin 2020 a été archivé par le biais des outils logiciels développés par l'Observatoire de la circulation de l'information (OCI)[5]. Le corpus ainsi constitué, composé de 171 269 articles, a par la suite fait l'objet d'analyses informatiques multiples. Le traitement réservé au corpus a mobilisé l'analyse sémantique, le traitement automatique des langues (TAL), la lexicométrie et la statistique.

Trois dictionnaires ont été employés afin de guider ces analyses[6]. Un premier dictionnaire a établi un sous-corpus constitué de l'ensemble de la production journalistique faisant mention de la COVID-19 (85 505 articles)[7]. Le deuxième et le troisième dictionnaire ont été utilisés sur ce sous-corpus. Le second dictionnaire a été rédigé afin de composer un corpus constitué de tous les articles traitant de pauvreté ou d'inégalités économiques parmi le sous-corpus faisant mention de la COVID-19 (2646 articles)[8]. Le troisième dictionnaire (505 articles) a finalement été rédigé afin de regrouper tous les articles traitant d'assistance sociale (qu'ils concernent les programmes ou les personnes y ayant recours) au sein d'un même sous-corpus[9]. Ces dictionnaires ont ainsi été utilisés afin de forer le corpus d'articles et d'en extraire les productions journalistiques pertinentes. Les articles possédant l'un des mots d'un dictionnaire ont été annotés en conséquence.

Les analyses sur chacun des sous-corpus générés à l'aide de ces dictionnaires ont été effectuées à l'aide de leurs métadonnées, celles-ci permettant de les catégoriser chronologiquement, par médias, par la force de diffusion des médias les ayant publiés[10], et par familles de thèmes[11]. Ces données nous ont permis d'opérer différentes analyses statistiques sur la présence des thèmes de la pauvreté et de l'assistance sociale dans l'espace médiatique lors de la première vague de COVID-19.

Les informations relatives aux perceptions, aux attitudes et aux représentations entretenues par la population québécoise à l'égard des personnes assistées sociales résultent de l'analyse de deux sondages représentatifs conduits sous la direction de l'équipe de recherche. Les sondages ont été menés par la firme Léger Marketing auprès d'un échantillon aléatoire issu de leur panel Web[12]. Le premier sondage s'est tenu en août et en septembre 2019. Il a regroupé 2054 répondants. Le second sondage a eu lieu en juin 2020 et a regroupé 2060 répondants. De ce nombre, 1178 répondants ont participé aux deux sondages. Ce caractère longitudinal des données devait nous permettre d'évaluer si des changements pouvaient être observés dans l'opinion publique agrégée, mais aussi sur un plan intra-individuel. L'établissement des questionnaires, l'analyse des données et la validation des résultats des deux sondages ont été menés entièrement par l'équipe de recherche.

# Analyse des résultats

## COVID-19, inégalités et pauvreté dans l'espace médiatique québécois

La crise sanitaire a été l'objet d'une très forte couverture médiatique. Rappelons ici que les analyses ont été effectuées sur un corpus de 171 269 articles publiés en ligne par des médias québécois entre le 23 mars 2020 et le 25 juin 2020.

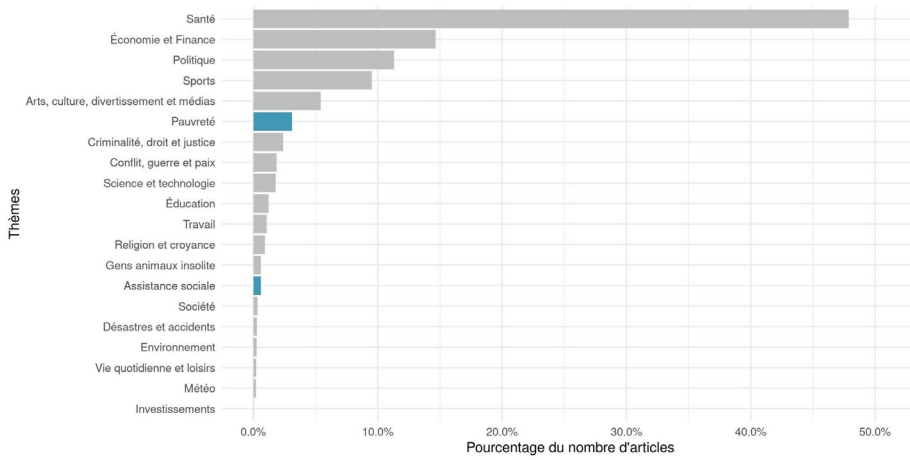
La couverture médiatique mentionnant la COVID-19 occupait, deux jours après le début du confinement généralisé (le 23 mars 2020), 64,03 % de toutes ces publications et 70,32 % de toutes les publications en provenance de médias à forte diffusion. En moyenne, les médias québécois ont mentionné la COVID-19 dans 49,93 % de leurs publications pour la période étudiée (un taux qui passe à 55,49 % pour les médias à forte diffusion). Ces résultats inusités font état d'une saillance hors du commun des thèmes associés à la pandémie dans le paysage médiatique québécois.

Nos analyses segmentent la couverture médiatique selon les thématiques couvertes en lien avec la COVID-19 pour l'ensemble du corpus au cours de la période étudiée, à la fois pour les médias recensés et pour les médias à forte diffusion. Deux conclusions en émergent.

En premier lieu, la production médiatique mentionnant la COVID-19 est fortement concentrée sur le plan thématique. Tel que l'indique la figure 1 ci-dessous, le thème de la santé s'impose naturellement comme catégorie prédominante.

**Figure 1**

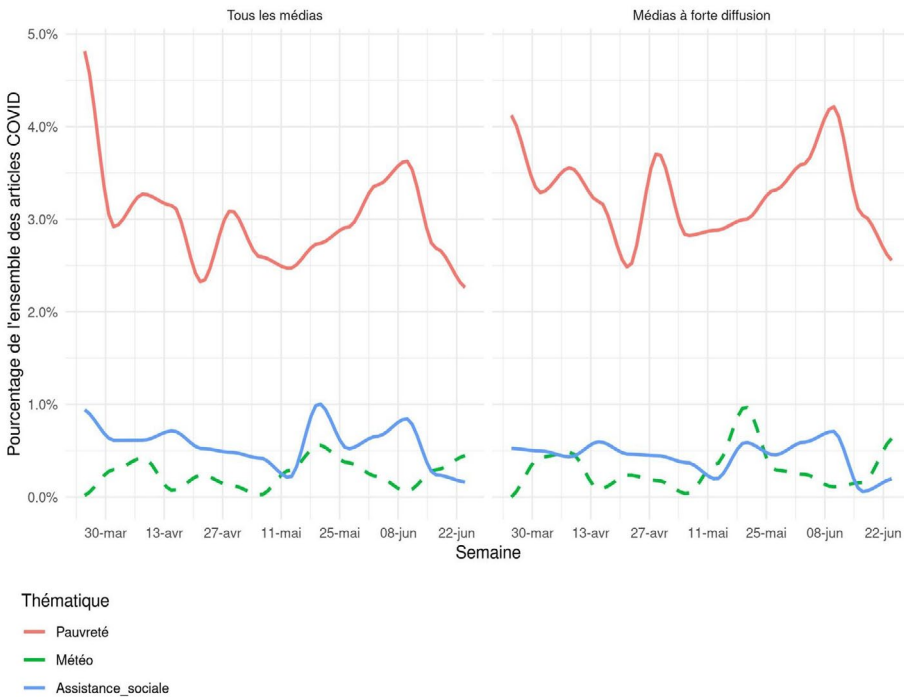
**Répartition thématique au sein de la production médiatique faisant mention de la COVID-19**




Les analyses démontrent que le cadrage médiatique de la crise sanitaire s'est construit autour de quatre thèmes principaux ayant orienté la production journalistique québécoise. Regroupant près de 48 % de la production médiatique nommant la COVID-19, la santé est trois fois supérieure à la seconde thématique en importance, soit l'économie et la finance (qui concerne 14,65 % des articles). Cette dernière est suivie de la politique (11,31 %) et des sports (9,52 %). Si la pauvreté et les inégalités sociales sont évoquées en moyenne dans 3,09 % du corpus médiatique faisant référence à la COVID-19, ce pourcentage chute à 0,59 % pour les articles s'intéressant à l'assistance sociale et à ses prestataires affectés par la crise sanitaire. La figure 2 ci-dessous illustre les variations dans les pourcentages d'articles relatifs à la pauvreté et à l'assistance sociale au sein de la production médiatique faisant mention de la COVID-19 pour la période étudiée. Les pourcentages d'articles traitant de la météo, sujet normalement non corrélé aux thèmes de la pauvreté et de l'assistance sociale, ont été ajoutés à la figure afin d'offrir un point de repère permettant d'apprécier l'évolution des pourcentages concernant la pauvreté et l'assistance sociale.

**Figure 2**

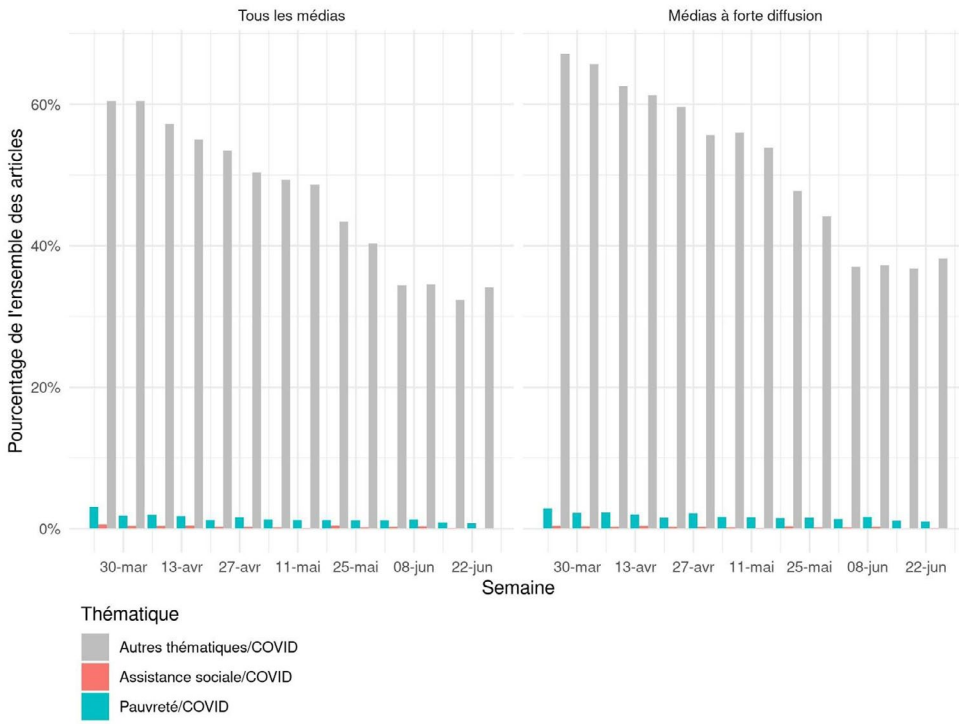
**Pourcentage d'articles traitant de la pauvreté et de l'assistance sociale dans la production médiatique faisant mention de la COVID-19**




Nous voyons que la faible présence des thèmes de la pauvreté, des inégalités économiques et de l'assistance sociale s'insère dans le contexte présenté à la figure 1, marqué par une forte concentration thématique dans la production médiatique étudiée.

En deuxième lieu, la production médiatique québécoise ayant traité simultanément de la crise sanitaire et de la pauvreté, ou de la crise sanitaire et de l'assistance sociale, n'occupe que peu de place dans l'ensemble du corpus analysé. La figure 3 ci-dessous démontre la faible importance des thématiques associant la pauvreté et l'assistance sociale à la COVID-19 au sein de la totalité de la production médiatique québécoise.

**Figure 3**
**Répartition de la couverture de la COVID-19 dans l'ensemble de la production médiatique québécoise**



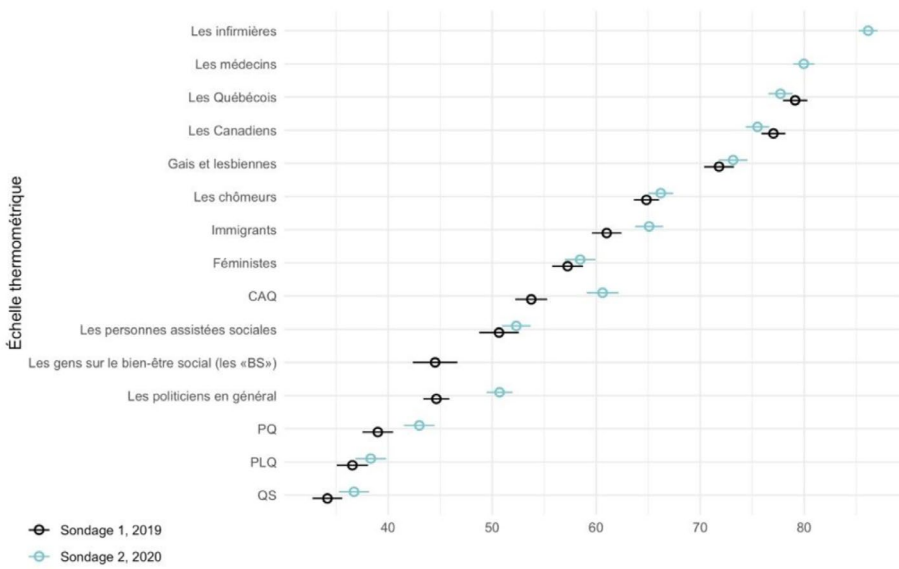

En moyenne, 1,55 % de la production médiatique québécoise mentionne simultanément la COVID-19, la pauvreté ou les inégalités économiques pour la période étudiée, résultat passant à 1,84 % pour les publications produites par des médias à forte diffusion. De même, une moyenne de 0,29 % des articles de l'ensemble des médias mentionne simultanément la COVID-19 et l'assistance sociale, résultat qui diminue à 0,25 % chez les médias à forte diffusion.

Le peu d'espace occupé par le thème de l'assistance sociale dans la production médiatique québécoise contraste avec le nombre important de prestataires ayant été affectés par le confinement et les mesures sanitaires, ainsi qu'avec la sévérité des impacts de la gestion de la pandémie pour cette population (Rémillard, 2020; Martel, 2020). Au moment de la mise en place du premier confinement, en mars 2020, 366 544 adultes et enfants étaient prestataires des programmes d'assistance sociale au Québec et demeuraient l'objet d'une stigmatisation sociale largement documentée (Noreau *et al.*, 2015).

## Perceptions à l'égard des personnes assistées sociales en période de crise sanitaire

Rappelons que nos travaux ont pris pour hypothèse de départ que le contexte de crise sanitaire, marqué par une exacerbation des inégalités économiques et la création de multiples programmes de protection sociale, était susceptible d'avoir une incidence sur l'opinion générale des Québécois à l'égard des personnes assistées sociales. Or, cette opinion est au contraire demeurée stable et largement négative. La figure 4 ci-dessous présente le score thermométrique[13] d'une variété de groupes lors de chacun des deux sondages[14].

**Figure 4**
**Scores thermométriques par groupe et par sondage**




Note : la figure rend compte du score thermométrique moyen (le cercle) ainsi que de l'intervalle de confiance à 95 % (la ligne horizontale).

Les résultats démontrent l'absence de variations importantes pour les personnes assistées sociales, passant d'un score de 51 % à 52 % entre les deux sondages[15]. Le positionnement relatif des personnes assistées sociales est également demeuré inchangé. Elles sont donc restées parmi les groupes les moins bien considérés par les Québécois[16], alors même que se déployaient des

programmes gouvernementaux de soutien économique pour les individus, les ménages, les travailleurs et les entreprises affectés par les mesures sanitaires et le confinement généralisé.

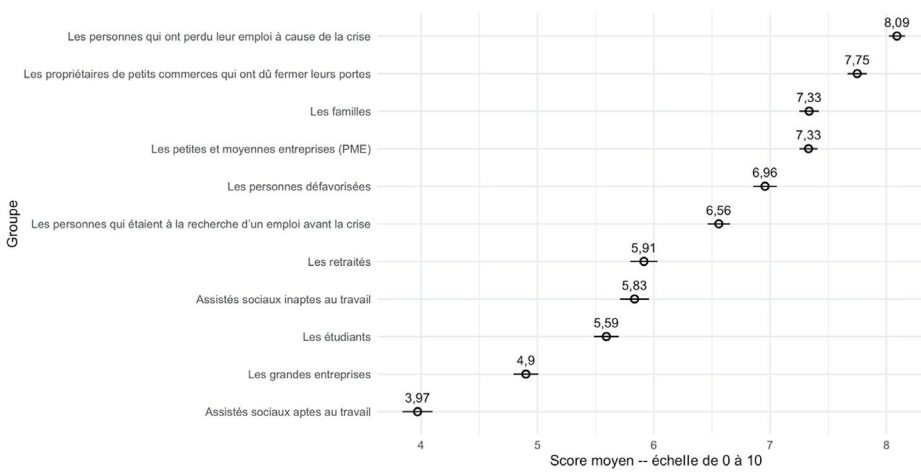
Inversement, on observe que les immigrants et les politiciens ont tous deux connu une augmentation notable de leurs degrés d'appréciation, ce qui laisse entrevoir que le contexte général de la crise sanitaire a pu affecter les perceptions à leurs égards. Il est possible que le degré d'antipathie habituellement réservé aux politiciens ait été moins élevé durant la première vague de la pandémie et que le rôle important joué par les immigrants dans une variété de services essentiels ait contribué à augmenter leur degré d'appréciation. La stabilité des scores thermométriques concernant les personnes assistées sociales contraste donc avec l'amélioration notable des scores obtenus par ces deux autres groupes.

## Le caractère méritoire des personnes assistées sociales

Parmi une variété de groupes susceptibles d'avoir besoin d'une aide financière en temps de crise sanitaire, les personnes assistées sociales considérées aptes au travail sont perçues comme étant les moins méritantes. La figure 5 ci-dessous présente la perception quant à l'aide méritée pour chaque groupe dans le contexte de la COVID-19[17].

**Figure 5**

**Scores des perceptions quant au mérite d'une aide supplémentaire en contexte de COVID-19**




Note : la figure rend compte des scores moyens accordés (le cercle) ainsi que de l'intervalle de confiance à 95 % (la ligne horizontale).

Les personnes assistées sociales jugées aptes au travail sont celles qui reçoivent les scores les plus faibles, suivies des grandes entreprises, des étudiants, puis des personnes jugées inaptes au travail. On remarquera aussi que « les personnes défavorisées » reçoivent des scores nettement plus élevés, bien que, dans les faits, les personnes assistées sociales et les personnes défavorisées regroupent fréquemment les mêmes individus et groupes sociaux. On notera également que les personnes jugées inaptes au travail reçoivent des scores de mérite nettement plus élevés que les personnes jugées aptes au travail.

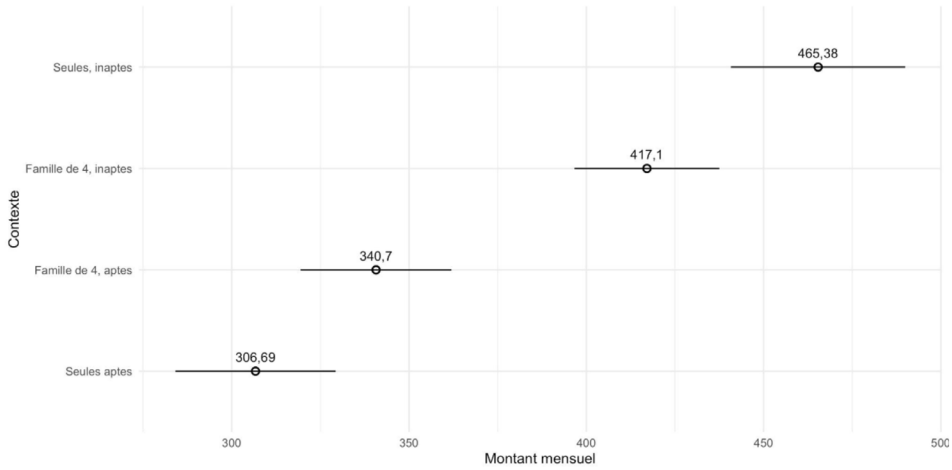
Nos travaux antérieurs indiquent que les opinions à l'égard des personnes assistées sociales sont largement influencées par des heuristiques de mérite associées au travail (Landry *et al.*, 2021; voir également Petersen *et al.*, 2011; Petersen, 2012). La considération accordée à la figure de la personne assistée sociale est tributaire des perceptions quant au degré d'effort et d'initiative qu'elle est réputée déployer afin de s'intégrer dans le marché de l'emploi et de contribuer à l'effort collectif que l'on associe au travail et à la fiscalité.

## L'aptitude au travail et le soutien vis-à-vis des aides de l'État

Nous avons vu à la figure 5 que la question de l'aptitude à l'emploi contribue à déterminer l'appui à d'éventuelles aides qui seraient versées aux personnes assistées sociales en période de crise sanitaire. Plus encore, cette question influence également la générosité des Québécois à l'égard des personnes assistées sociales. La figure 6 fait état des montants additionnels que les Québécois consentent à verser aux personnes assistées sociales en période de crise sanitaire, selon le type de ménage et l'aptitude au travail[18].

**Figure 6**

**Perceptions quant à l'aide additionnelle méritée pour chaque groupe de prestataires de l'assistance sociale dans le contexte de la crise de la COVID-19**




Note : la figure rend compte des montants additionnels moyens accordés (le cercle) ainsi que de l'intervalle de confiance à 95 % (la ligne horizontale).

Les résultats indiquent que les Québécois se montrent sensiblement moins généreux envers les personnes et les ménages constitués d'adultes considérés aptes au travail. Notons également que près de 20 % sont d'avis que les personnes prestataires du Programme d'aide sociale ne devraient recevoir aucune aide additionnelle en période de crise sanitaire.

Qui plus est, les Québécois maintiennent une appréciation principalement médicale des motifs qui peuvent justifier un statut d'inaptitude au travail : les motifs jugés les plus légitimes sont systématiquement ceux associés à des problèmes de nature médicale, alors que ceux relevant de problèmes sociaux sont nettement moins valorisés, bien que légèrement à la hausse. Le tableau 1 présente les pourcentages de motifs jugés « justifiés » pour obtenir une déclaration d'inaptitude.

**Tableau 1**

**Pourcentage de sélection d'un motif justifiant la déclaration d'inaptitude, par sondage**

| Motif | Sondage 1 (2019) | Sondage 2 (2020) |
|---|---|---|
| Un problème de santé physique | 72 | 75 |
| Un handicap physique | 73 | 77 |
| Un problème de santé mentale | 75 | 76 |
| Un handicap intellectuel | 70 | 75 |
| Un grave problème de comportement | 31 | 40 |
| Un isolement social chronique | 23 | 25 |
| Un problème de dépendance à la drogue | 18 | 21 |

En cohérence avec cette hiérarchisation des motifs associés à l'inaptitude au travail, nous notons une grande stabilité dans les figures d'autorité jugées légitimes pour la déclarer. Les médecins (89 %), les psychologues (74 %) et les travailleurs sociaux (56 %) constituent les professions auxquelles on accorde le plus de crédit pour attester un état d'inaptitude au travail.

## La perception des inégalités

Cette stabilité des opinions à l'égard des personnes assistées sociales s'inscrit dans un contexte où la crise sanitaire n'avait que peu influencé les perceptions de l'évolution des inégalités sociales au Québec. Le tableau 2 présente les perceptions de l'évolution des inégalités économiques au cours des 20 dernières années chez les répondants de chacun des deux sondages de notre enquête.

**Tableau 2**
**Perceptions quant à l'évolution des inégalités économiques dans les 20 dernières années, par sondage**

| | Sondage 1 (2019) | Sondage 2 (2020) |
|---|---|---|
| Plus petites | **7,7** | **7,2** |
| À peu près les mêmes | **29,7** | **32,1** |
| Plus grandes | **62,6** | **60,7** |

Ces résultats montrent que la crise sanitaire n'a pas eu d'impact marqué sur les perceptions des inégalités économiques. Si une majorité de répondants estime que les inégalités économiques ont crû au cours des deux dernières décennies, un pourcentage légèrement supérieur de répondants du 2e sondage considère que les inégalités sont demeurées à peu près inchangées (passant de 29,7 % à 32,1 %), et un pourcentage légèrement inférieur de répondants estime qu'elles ont augmenté (passant de 62,6 % à 60,7 %). Par ailleurs, ces différences ne sont pas statistiquement significatives, suggérant que les perceptions sont demeurées stables.

## Discussion

Les travaux dont rend compte cet article ont mis en évidence un processus par lequel l'« objet » pandémique a atteint une saillance considérable dans la production médiatique québécoise, allant jusqu'à intégrer la majorité des articles publiés en ligne chez les médias à forte diffusion. Ils délimitent également les contours généraux des principaux cadres médiatiques employés afin de traiter de la pandémie, ceux-ci privilégiant les thématiques de la santé, de l'économie et de la finance, et de la politique. Ils confirment également une forte concentration de la production médiatique autour de ces cadres médiatiques centraux et la marginalisation de thèmes secondaires, notamment sur les enjeux de pauvreté et d'inégalités économiques. Ces derniers ne se sont pas imposés comme des cadres médiatiques d'importance tout au long de la période étudiée. Le volume de couverture médiatique traitant de l'assistance sociale est de surcroît demeuré stable par rapport à nos analyses prépandémiques (Landry *et al.*, 2021), demeurant sous la barre de 0,3 % de l'ensemble de la production totale. La crise sanitaire ne s'est pas accompagnée d'une augmentation du volume de production médiatique consacrée à cette population vulnérable.

En parallèle, la crise sanitaire n'a pas eu d'impact marqué sur la perception des inégalités par la population québécoise au moment où elle a été sondée. Elle n'a pas sensiblement affecté les opinions à l'égard des personnes assistées sociales et elle n'a pas réduit l'importance des heuristiques de mérite associées au travail dans la considération accordée aux personnes assistées sociales ainsi qu'aux aides financières qui leur sont versées. Qui plus est, l'opinion publique québécoise a considéré les personnes assistées sociales comme étant peu méritoires d'une aide d'urgence pouvant atténuer les impacts de la fermeture des services dont elles dépendent afin de répondre à leurs besoins de base.

Dans ce contexte, les concepts de mise à l'agenda public, de saillance et de cadrage médiatique participent à une mise en lumière des facteurs qui expliquent l'absence d'évolution significative dans les perceptions des degrés d'inégalités économiques en période pandémique, de même que dans les attitudes à l'égard des personnes assistées sociales. Nos travaux démontrent que les questions se rapportant aux prestataires des aides dites de « dernier recours » ont été marginalisées au sein d'un agenda médiatique ayant orienté les préoccupations collectives autour d'autres thèmes, acteurs et enjeux.

L'absence de mesures d'aide ciblant les personnes assistées sociales est donc peu surprenante. Les interventions des pouvoirs publics sont fréquemment la conséquence de processus réussis de revendications publiques auprès des élites politiques (Landry et Caneva, 2020; Hassenteufel, 2010; Howlett et Giest, 2012). Si nos analyses ne permettent pas en l'état de convenir de la couverture médiatique faisant une place à ces revendications, le volume de publications traitant simultanément d'assistance sociale et de la crise sanitaire permet d'entrevoir une pression médiatique extrêmement faible, agissant de concert avec une opinion publique peu réceptive à l'idée de voir les personnes assistées sociales recevoir une aide supplémentaire de l'État.

## Conclusion

La crise sanitaire causée par la pandémie de COVID-19 a été simultanément révélatrice et accélératrice d'inégalités sociales, et a levé le voile sur des risques établis en fonction des classes sociales, des statuts légaux des individus, de leur appartenance ethnique et de leur genre, tout en exposant la vulnérabilité économique de catégories de travailleurs précaires et à temps partiel (St-Denis, 2020; Miconi *et al.*, 2021; Jenkins *et al.*, 2021). L'étude

des intersections entre la couverture médiatique et les opinions publiques à l'égard de groupes sociaux déconsidérés contribue à mettre au jour les mécanismes par lesquels ils sont invisibilisés dans l'espace public et négligés par la classe politique.

Les travaux dont fait état cet article ont toutefois leurs limites. Ils ne permettent pas de présenter finement la nature des cadrages médiatiques pour chacune des thématiques associées par les médias québécois à la crise sanitaire. Des analyses de nature qualitative sur notre corpus permettront de convenir plus précisément des manières dont ces catégories ont été cadrées et ont participé à la construction médiatique de l'objet « COVID-19 » dans l'actualité québécoise. L'application de ce travail à la sous-catégorie consacrée à l'assistance sociale permettra en outre de mettre en lumière la nature précise de la couverture médiatique faisant état des enjeux sociaux associés à la fermeture de services essentiels, de même que des revendications pour l'octroi d'une aide publique d'urgence aux personnes assistées sociales. Un travail supplémentaire devra également être effectué sur le cadrage médiatique de la figure de « l'assisté social » (Noreau *et al.*, 2015) en période pandémique, dans un contexte où des études québécoises et étrangères récentes ont mis en évidence son caractère stéréotypé et simplificateur, et identifié les liens qu'il entretient avec les débats entourant les programmes d'assistance sociale (Maugère et Greissler, 2019; Epp et Jennings, 2020).

Nos conclusions de recherche appellent somme toute à une analyse à plus long terme des impacts de la crise sanitaire – et, plus spécifiquement, des interventions économiques des pouvoirs publics l'ayant accompagnée – sur les attitudes, les perceptions et les opinions à l'égard des programmes d'assistance sociale au Québec. Des travaux ultérieurs s'y consacreront.

—

## Bibliographie

Baran, Stanley J. et Denis K. Davis. 2010. *Mass Communication Theory: Foundation, Ferment, and Future*. Boston, Wadsworth Cengage Learning.

Béland, Daniel et Pierre-Marc Daigneault (dir.). 2015. *Welfare Reform in Canada: Provincial Social Assistance in Comparative Perspective*. Toronto, University of Toronto Press.

Charron, Catherine. 2019. « Tout emploi, quel qu'il soit : l'injonction à l'emploi pour les prestataires d'aide sociale au Québec, 1990-2005 », *Reflets*, 25, 1 : 30-50.

Chyi, Hsiang Iris et Maxwell E. McCombs. 2004. « Media Salience and the Process of Framing: Coverage of the Columbine School Shootings », *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 81, 1 : 22-35.

Coleman, Renita, Maxwell E. McCombs, Donald Shaw et David Weaver. 2009. « Agenda Setting », dans Karin Wahl-Jorgensen et Thomas Hanitzsch (dir.). *The Handbook of Journalism Studies*. New York, Routledge : 147-160.

Collectif pour un Québec sans pauvreté. 2021. *Le gouvernement prive les personnes à l'aide sociale de 1 020 $ par année* [communiqué du 4 février 2021]. <https://www.pauvrete.qc.ca/comm-mpc-budget-2021/>. Page consultée le 11 février 2022.

Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. 2021. *Avis préliminaire sur les impacts de la pandémie sur les populations vulnérables*. Québec, Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. <https://www.cclp.gouv.qc.ca/publications/pdf/CCLP_avis_impact_pandemie.pdf>. Page consultée le 11 février 2022.

Commission ontarienne des droits de la personne. 2017. *Prendre le pouls. Opinions des gens à l'égard des droits de la personne en Ontario*. <https://www.ohrc.on.ca/fr/prendre-le-pouls-opinions-des-gens-a-legard-des-droits-de-la-personne-en-ontario>. Page consultée le 11 février 2022.

Ducharme, Olivier. 2018. *Travaux forcés. Chemins détournés de l'aide sociale*. Montréal, Écosociété.

Entman, Robert. 1993. « Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm », *Journal of Communication*, 43, 4 : 51-58.

Epp, Derek A. et Jay T. Jennings. 2020. « Inequality, Media Frames, and Public Support for Welfare », *Public Opinion Quarterly*, 84, 3 : 629-653.

Fortin, Véronique, Catherine Chesnay et Élisabeth Greissler. 2021. « Le traitement punitif des prestataires de l'aide sociale : l'exemple de la vie maritale », *Nouvelles pratiques sociales*, 32, 1 : 166-194.

Groulx, Lionel-Henry. 2009. « La restructuration récente des politiques sociales au Canada et au Québec : éléments d'analyse », *Le Travail*, 63 : 9-46.

Harell, Allison, Stuart Soroka et Adam Mahon. 2008. « Is Welfare a Dirty Word? Canadian Public Opinion on Social Assistance Policies », *Policy Options/Options politiques*, 29, 8 : 53-56.

Hassenteufel, Patrick. 2010. « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », *Informations sociales*, 157, 1 : 50-58.

Howlett, Michael et Sarah Giest. 2012. « The Policy-Making Process », dans Eduardo Araral, Scott Fritzen, Michael Howlett, M. Ramesh et Xun Wu (dir.). *Routledge Handbook of Public Policy*. Londres, Routledge : 17-28.

Jenkins, Emily K., Corey McAuliffe, Saima Hirani, Chris Richardson, Kimberly C. Thomson, Liza McGuinness, Jonathan Morris, Antonis Kousoulis et Anne Gadermann. 2021. « A Portrait of the Early and Differential Mental Health Impacts of the COVID-19 Pandemic in Canada: Findings From the First Wave of a Nationally Representative Cross-Sectional Survey », *Preventive Medecine*, 145 : 106333.

Kim, Sei-Hill, Dietram A. Scheufele et James Shanahan. 2002. « Think About It This Way: Attribute Agenda-Setting Function of the Press and the Public Evaluation of Local Issue », *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 79, 1 : 7-25.

Kiousis, Spiro. 2004. « Explicating Media Salience: A Factor Analysis of *New York Times* Issue Coverage During the 2000 U.S. Presidential Election », *Journal of Communication*, 54 : 71-87.

Landry, Normand et Christiane Caneva. 2020. « Defining Media Education Policies: Building Blocks, Scope and Characteristics », dans Divina Frau-Meigs, Sirkku Kotilainen, Manisha Pathak-Shelat, Michael Hoechsmann et Stuart R. Poyntz (dir.), *The Handbook on Media Education Research*. Hoboken, Wiley : 289-308.

Landry, Normand, Anne-Marie Gagné, Sylvain Rocheleau, Christiane Caneva, Pascale Caidor et Mathieu Bégin. 2020. « Militantisme, justice sociale et inégalités numériques : étude de groupes de lutte contre la pauvreté au Québec », *Terminal*, 127 : 1-22.

Landry, Normand, Alexandre Blanchet, Sylvain Rocheleau, Anne-Marie Gagné, Pascale Caidor et Christiane Caneva. 2021. « Représentations médiatiques et opinion publique de l'assistance sociale au Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, 32, 1 : 84-112.

Lim, Jeongsub. 2010. « Convergence of Attention and Prominence Dimensions of Salience among Major Online Newspapers », *Journal of Computer-Mediated Communication*, 15, 2 : 293-313.

Luo, Yunjuan, Hansel Burley, Alexander Moe et Mingxiao Sui. 2019. « A Meta-Analysis of News Media's Public Agenda-Setting Effects, 1972-2015 », *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 96, 1 : 150-172.

Mahon, Adam, Andrea Lawlor et Stuart Soroka. 2014. « The Mass Media and Welfare Policy Framing: A Study in Policy Definition », dans Alex Marland, Tierry Giasson, Tamara A. Small (dir.). *Political Communication in Canada*. Vancouver, University of British Columbia Press : 160-176.

Martel, Marie-Ève. 2020. « Personnes assistées sociales : appel à la souplesse et à la solidarité », *La Voix de l'Est*, 23 mars 2020. <https://www.lavoixdelest.ca/actualites/covid-19/personnes-assistees-sociales-appel-a-la-souplesse-et-a-la-solidarite-ea424879d63273bb7080bde60893a3ec>. Page consultée le 11 février 2022.

Maugère, Amélie et Élisabeth Greissler. 2019. « Qui sont les prestataires de l'aide sociale? Analyse des débats médiatiques entourant la réforme de l'aide sociale au Québec (2015-2016) », *Reflets*, 25, 1 : 51-70.

McCombs, Maxwell E. 2005. « A Look at Agenda-Setting: Past, Present and Future », *Journalism Studies*, 6, 4 : 543-557.

McCombs, Maxwell E. 2011. *The News and Public Opinion: Media Effects on Civic Life*. Cambridge, Polity Press.

McCombs, Maxwell E. et Sebastián Valenzuela. 2014. « Agenda-Setting Theory: The Frontier Research Questions », dans Kate Kenski et Kathleen Hall Jamieson (dir.). *The Oxford Handbook of Political Communication*. <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199793471.001.0001/oxfordhb-9780199793471-e-48>. Page consultée le 11 février 2022.

Miconi, Diana, Zhi Yin Li, Rochelle L. Frounfelker et Céline Rousseau. 2021. « Socio-Cultural Correlates of Self-Reported Experiences of Discrimination Related to COVID-19 in a Culturally Diverse Sample of Canadian Adults », *International Journal of Intercultural Relations*, 81 : 176-192.

Mustapha, Lambe Kayode. 2012. « Agenda-Setting Theory: A Reflective and Visionary Analysis », dans Nnamdi Tobechukwu Ekeanyanwu, Stanley Naribo Ngoa et Idowu Akanbi Sobowale (dir.). *Critiques and Application of Communication Theories*. Ota, Covenant University Press : 105-132.

Nabi, Robin L. et Mary Beth Oliver. 2009. *The Sage Handbook of Media Processes and Effects*. Los Angeles, SAGE.

Noreau, Pierre, Emmanuelle Bernheim, Pierre-Alain Cotnoir, Pascale Dufour, Jean-Herman Guay et Shauna Van Praagh, avec la collaboration d'Alexandra Pasca. 2015. *Droits de la personne et diversité. Rapport de recherche remis à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*. Montréal, Centre de recherche en droit public.

Perse, Elizabeth M. et Jennifer L. Lambe. 2017. *Media Effects and Society*. 2e édition. New York, Routledge.

Petersen, Michael Bang. 2012. « Social Welfare as Small-Scale Help: Evolutionary Psychology and the Deservingness Heuristic », *American Journal of Political Science*, 56 : 1-16.

Petersen, Michael Bang, Rune Slothuus, Rune Stubager et Lise Togeby. 2011. « Deservingness Versus Values in Public Opinion on Welfare: The Automaticity of the Deservingness Heuristic », *European Journal of Political Research*, 50 : 24-52.

Potter, W. James. 2017. *Media Effects*. Thousand Oaks, SAGE.

Ragas, Matthew W. et Hai Tran. 2013. « Beyond Cognitions: A Longitudinal Study of Online Search Salience and Media Coverage of the President », *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 90, 3 : 478-499.

Rémillard, David. 2020. « Besoin criant de bénévoles dans les organismes communautaires », *Radio-Canada*, 18 mars 2020. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1674060/besoin-criant-benevoles-organismes-communautaires-covid19-quebec>. Page consultée le 11 février 2022.

Roessler, Patrick. 2008. « Agenda-Setting, Framing, and Priming », dans Wolfgang Donsbach et Michael W. Traugott (dir.). *The Sage Handbook of Public Opinion Research*. Londres, SAGE : 205-218.

Sniderman, Paul, Richard A. Brody et Philip E. Tetlock. 1991. *Reasoning and Choice: Explorations in Political Psychology*. Cambridge, Cambridge University Press.

St-Denis, Xavier. 2020. « Sociodemographic Determinants of Occupational Risks of Exposure to COVID-19 in Canada », *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 57 : 399-452.

Vreese, Claes H. de. 2004. « The Effects of Frames in Political Television News on Issue Interpretation and Frame Salience », *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 81, 1 : 36-52.

Wanta, Wayne, Guy Golan et Cheolhan Lee. 2004. « Agenda Setting and International News: Media Influence on Public Perceptions of Foreign Nations », *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 81 : 364-377.

Wolfe, Michelle, Bryan D. Jones et Frank R. Baumgartner. 2013. « A Failure to Communicate: Agenda Setting in Media and Policy Studies », *Political Communication*, 30, 2 : 175-192.

## Notes

1 Le projet de recherche dont rend compte cet article a été soutenu financièrement par le Programme des chaires de recherche du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH). Nous les en remercions.

2 Notons qu'une personne assistée sociale considérée sans contraintes à l'emploi dispose d'un revenu lui permettant de couvrir approximativement 50 % de ses besoins de base, calculés selon la Mesure du panier de consommation (Collectif pour un Québec sans pauvreté, 2021).

3 Précisons ici que les personnes assistées sociales ne sont pas traitées, dans cet article, comme les publics (ou « clientèles ») d'un dispositif institutionnel, mais comme catégorie sociale vulnérable faisant l'objet de représentations fortement négatives au Québec.

4 Les études mobilisant un cadre de mise à l'agenda public qui s'inscrivent dans le champ des sciences de la communication ont généralement pour caractéristique de s'intéresser d'abord aux effets des médias de masse sur leurs publics. Elles se distinguent en cela de celles conduites en science politique, qui s'intéressent de manière prédominante aux rapports entre les degrés d'attention entretenus par les médias sur des questions particulières et l'intégration de ces questions à l'agenda politique des décideurs. Voir Wolfe, Jones et Baumgartner (2013).

5 Voir <https://oci-ifo.org>. Page consultée le 1er mars 2022.

6-18 Pour consulter les notes 6 à 18, nous vous invitons à lire l'annexe méthodologique disponible à l'adresse https://lsp.inrs.ca/article-landry-et-coll-annexe-metho.

# Expérience des communautés étudiantes québécoises durant la première vague de COVID-19 : rendre visibles les difficultés rencontrées par les étudiant·es issu·es de différents groupes sociaux

**MYRIAM BERNET**
M.A. science politique — Université du Québec à Montréal

**GENEVIÈVE PAGÉ**
Professeure, Département de science politique — Université du Québec à Montréal

**SELBÉ DIOUF**
Étudiante à la maîtrise en études et intervention régionales — Université du Québec à Chicoutimi

**CHRISTOPHE LÉVESQUE**
Étudiant à la maîtrise en études et intervention régionales — Université du Québec à Chicoutimi

**JULIE GODIN**
Étudiante au baccalauréat en travail social — Université du Québec à Chicoutimi

**PASCALE DUBOIS**
Étudiante à la maîtrise en travail social — Université du Québec à Chicoutimi

**ÉLIANNE CARRIER**
Candidate au doctorat en psychologie — Université du Québec à Montréal

**SIMON TURCOTTE**
Candidat au doctorat en études urbaines — Institut national de la recherche scientifique, Centre Urbanisation Culture Société

**JOANIE CÔTÉ**
Candidate au doctorat en neuropsychologie — Université du Québec à Chicoutimi

**CATHERINE FLYNN**
Professeure, Département des sciences humaines et sociales — Université du Québec à Chicoutimi

—

## Introduction

En mars 2020, l'état d'urgence sanitaire est déclaré au Québec. Une série de mesures gouvernementales pour limiter la propagation de la COVID-19 est annoncée. Les différents points de presse quotidiens ont permis d'informer sur la pandémie et d'inciter la population à adopter de nouvelles habitudes de vie (Bellahnid, 2021). Différentes rhétoriques de persuasion sont alors utilisées afin de convaincre les citoyen·nes d'adopter des changements de comportement et d'attitude, en invoquant leur sensibilité et leur sens des responsabilités, notamment envers les aîné·es (Bellahnid, 2021). Si le discours politique (appuyé sur la science) reposait à ce moment sur la responsabilisation individuelle, il est apparu dès le début du mois d'avril 2020 que la situation dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) devenait de plus en plus catastrophique (Bellahnid, 2021), attirant du même coup l'attention sur les failles dans l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux (Bourgault-Côté, 2020) provoquées par les réformes qui se sont succédé depuis les années 1980 (Côté, Dubé et Frozzini, 2020). Cette crise, attribuable en partie à « des effets de restructurations néolibérales déjà connus » (Benach *et al.*, 2019; Boltanski et Chiapello, 2007; Côté, Dubé et Frozzini, 2020), a mobilisé les ressources de première ligne afin de libérer de l'espace dans le réseau de la santé pour y accueillir les personnes dans un état critique lié à la COVID-19 (Breton et Hudon, 2020 : 2131). Si l'accès à une clinique de soins primaires était déjà un défi avant le début de la crise

sanitaire, celui-ci s'est exacerbé avec l'arrivée des mesures sanitaires et du délestage (Breton et Hudon, 2020).

Au même moment, les universités ont dû déployer différentes stratégies pour conclure ou poursuivre le semestre universitaire, et protéger leurs communautés d'une contagion à la COVID-19. Les études menées sur cette période montrent l'ampleur des conséquences de la pandémie sur la santé psychologique des étudiant·es (Union étudiante du Québec [UEQ], 2021). On déplore une forte baisse de motivation et une baisse de la performance académique, de même qu'une diminution du soutien donné par l'établissement et le corps enseignant, malgré tout le soutien pédagogique offert (UEQ, 2021). Une étude quantitative longitudinale québécoise sur la santé des populations universitaires montre que le tiers des étudiant·es vivraient alors avec des symptômes post-traumatiques et que 56,9 % des étudiant·es présenteraient des taux de détresse modérés à élevés (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2020). On sait cependant que, depuis 2007, la santé mentale des étudiant·es décline de manière générale, et que le nombre d'étudiant·es ayant un handicap dit émergeant (ex. : trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble anxieux, etc.) augmente de manière considérable. Or, l'impact des mesures sanitaires sur les conditions de vie des étudiant·es, qui sont pourtant d'importants déterminants sociaux de la santé (Gouvernement du Canada, 2020), demeure dans l'angle mort de ces études. Si Arnault (2021) avance que les causes sous-jacentes du mal-être des étudiant·es sont liées à l'isolement créé par la mise sur pause complète de la vie sociale et par la précarité économique, peu d'études s'y sont intéressées.

Le discours public et politique, de même que l'intérêt de la recherche pour la santé mentale de « nos jeunes », reléguant au second plan les dimensions plus systémiques déjà productrices d'inégalités dans leur parcours aux études supérieures, ont soulevé différents questionnements chez les chercheurs et les chercheuses réuni·es pour ce projet : quels sont les effets différenciés des mesures sanitaires chez les étudiant·es à la croisée de diverses oppressions? Comment ces mesures révèlent-elles ou exacerbent-elles des inégalités sociales entre les différents groupes sociaux d'étudiant·es? Les mesures de soutien offertes négligent-elles des étudiant·es? Est-ce que certains groupes subissent plus les effets que d'autres? Comment l'arrivée des mesures complexifie-t-elle les défis déjà bien documentés auxquels font face les étudiant·es de l'international (Kanouté *et al.*, 2020), celleux en situation de handicap (Vaillancourt, 2017), les étudiant·es autochtones (Dufour et Bousquet, 2016) et les étudiant·es parents (Corbeil et Marchand, 2010)?

Cet article présente une partie des résultats d'une étude[1] réalisée auprès des communautés étudiantes de six établissements du réseau de l'Université du Québec durant la crise sanitaire de la COVID-19 de mars à mai 2020. Il fait la démonstration que certains sous-groupes déjà fragilisés avant la pandémie, soit les étudiant·es de l'international, les étudiant·es parents et celleux en situation de handicap, ont vu leurs conditions de vie et leur santé particulièrement affectées par l'arrivée des mesures sanitaires. Après un survol des principaux repères théoriques et méthodologiques, les résultats de l'étude seront exposés. Ceux-ci sont structurés selon le modèle CHAMPSS Functionnal Capabilities Framework (O'Sullivan *et al.*, 2013) de manière à montrer comment les mesures sanitaires ont pu altérer différentes dimensions du fonctionnement social des étudiant·es issu·es des groupes susmentionnés. La discussion repositionne le vécu de ces étudiant·es dans les structures sociales et interroge le rôle des institutions publiques dans les réponses à la pandémie.

## Méthodologie

### Collecte des données

La collecte de données s'est déroulée entre le 27 avril et le 8 mai 2020 dans six établissements du réseau de l'Université du Québec (UQAC, UQAR, UQO, UQAM, UQTR et INRS). Un questionnaire Web hébergé par la plate-forme Lime Survey a été distribué aux communautés étudiantes par l'entremise des associations étudiantes (liste de courriels et réseaux sociaux). En plus des questions sociodémographiques d'usage, les étudiant·es étaient invité·es à répondre à des questions portant sur : 1) les changements et les nouveaux défis observés dans leur vie quotidienne et leurs relations avec leurs proches; 2) les changements et les nouveaux défis concernant leurs conditions de vie; 3) les changements et les nouveaux défis liés à leur état de santé et leur bien-être. Chacune des sections comportait à la fois des questions à choix multiples et des questions à développement qui permettaient aux étudiant·es d'expliquer leurs réponses et de décrire les défis auxquels iels faisaient face. Cette méthode a été retenue afin d'inviter les étudiant·es à partager leur expérience subjective et de permettre ainsi aux chercheurs et aux chercheuses de mieux comprendre ce qui était exprimé par les réponses aux questions quantitatives. Nous estimions alors que ce matériel permettrait de saisir des éléments qui demeurent invisibles dans les enquêtes quantitatives.

Par exemple, la section 3 sur la santé et le bien-être proposait entre autres deux échelles (dépression et anxiété) permettant de documenter l'état de santé mentale des participant·es, en plus de poser des questions fermées quant à l'accès aux ressources et à leur état de santé physique. Ces questions quantitatives étaient accompagnées de questions à développement permettant aux étudiant·es d'expliquer les changements dans leur état de santé, et de nommer les stratégies qu'iels expérimentent pour améliorer leur bien-être. Les réponses au questionnaire étaient consignées dans un seul et même fichier pour chaque participant·e, lequel a été par la suite scindé en deux de manière à permettre les analyses quantitatives et qualitatives. Les réponses aux questions demeuraient toutefois reliées puisqu'elles restaient associées à un numéro de participant·es. Le questionnaire prenait entre 30 et 60 minutes à compléter, ce qui est relativement long. Ainsi, les étudiant·es avaient la possibilité de sauvegarder leurs réponses et d'y revenir plus tard.

## Composition de l'échantillon

Au total, 608 étudiant·es (le ¾ des femmes) ont répondu à une ou à plusieurs sections du questionnaire; cependant, plusieurs ont sauvegardé leurs réponses sans revenir le compléter, ou ont laissé certaines sections vides avant de le valider. Ainsi, l'échantillon final retenu pour l'analyse présentée dans cet article est basé sur des analyses statistiques menées sur 413 questionnaires. De ce nombre, 394 étudiant·es ont répondu à l'ensemble des questions à développement, ce qui a permis de mieux comprendre leur perception quant aux changements observés et aux nouveaux défis auxquels iels font face depuis l'apparition des mesures sanitaires. Il importe de préciser qu'une forte majorité de femmes (n = 304,77 %) a choisi de répondre aux questions à développement, ce qui nous amène à croire qu'elles se sont senties particulièrement interpellées et ont tenu à s'exprimer sur les inégalités révélées ou exacerbées dans le contexte de la pandémie. Parmi les étudiant·es ayant complété le volet qualitatif, on compte 42 étudiant·es responsables d'au moins un enfant (11 %), 75 étudiant·es en situation de handicap (19 %), 46 étudiant·es noir·es, autochtones ou racisé·es (11 %) et 65 étudiant·es de l'international avec permis d'études (16,5 %). Mentionnons finalement que ces catégorisations ne sont pas mutuellement exclusives, une même personne pouvant s'identifier à plusieurs de ces groupes.

## Analyse des données

La question des inégalités sociales étant au cœur de cette proposition de recherche, et la grande majorité des travaux des membres de l'équipe s'inscrivant dans les théories féministes, critiques et antiracistes, l'analyse différenciée selon les sexes dans une perspective intersectionnelle (ADS+) nous est d'abord apparue comme le cadre théorique le plus pertinent. L'ADS est une approche transversale et structurelle permettant de mieux comprendre comment les institutions, les politiques et le contexte socio-économique peuvent favoriser ou désavantager certains groupes (Institut de recherches et d'études féministes [IREF] et Relais-femmes, 2007). Elle s'avère particulièrement utile dans l'élaboration de projets, de programmes ou de politiques afin de mieux prévoir leurs impacts spécifiques sur les femmes et les hommes (Tanguy et Relais-femmes, 2018). L'ADS+, pour sa part, ajoute à l'ADS une sensibilité à l'égard des diverses oppressions (ex. : classisme, racisme, capacitisme, âgisme, etc.) vécues par les groupes présentant certaines conditions ou vivant dans des contextes spécifiques (Tanguy et Relais-femmes, 2018). C'est ainsi qu'une première phase d'analyse quantitative et qualitative s'est déroulée.

Dans un premier temps, afin de réaliser une ADS+, des tests du $\chi^2$ de Pearson ont été effectués sur les données non paramétriques pour comparer les différents groupes (étudiant·es parents, étudiant·es de l'international, étudiant·es autochtones, étudiant·es noir·es ou racisé·es, étudiant·es en situation de handicap) sur le plan de la santé physique, de la santé mentale et des défis quant aux conditions de vie. Bien que quelques tendances étaient observables, pour l'ensemble des items mesurés dans le questionnaire quantitatif, aucune différence significative entre les groupes n'a été observée. Ainsi, sachant que de nombreuses études quantitatives se penchaient alors sur la santé des communautés étudiantes, notre équipe a choisi de se concentrer surtout sur le matériel qualitatif, de manière à éclairer des réalités laissées dans l'angle mort de ces autres études.

Les données qualitatives produites par les 394 répondant·es ont pour leur part été importées dans le logiciel NVivo20 et ont fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé et Muchielli, 2008) avec une grille de codification élaborée en co-construction avec les différents membres de l'équipe de recherche à partir du contenu émergent des réponses offertes par les participant·es. La codification a été réalisée par quatre chercheuses-étudiantes associées à diverses disciplines des sciences humaines et sociales, et aux positionnements

sociaux variés. Un processus d'accord interjuges a été mis en place de manière à atteindre un degré d'accord suffisant (Kappa = 0,78) avant de procéder à la codification de l'ensemble des questionnaires pour les questions à développement. La grille de codification comprenait différentes catégories et sous-catégories d'analyse permettant d'identifier les principaux défis rencontrés par les participant·es dans les diverses sphères de leur vie, et de voir comment celleux-ci s'expliquent les multiples changements qui se sont opérés dans leur quotidien et sur le plan de leur santé.

Au terme de la codification, suivant les réponses à certaines questions, il est apparu que nos préoccupations de départ, à savoir si des groupes d'étudiant·es avaient été plus affectés que d'autres par l'arrivée des mesures sanitaires ou se trouvaient dans l'angle mort des différentes mesures de soutien mises en place, s'avéraient. Les participant·es devaient répondre à la question suivante, puis justifier leur réponse : « Estimez-vous que vous rencontrez plus de défis concernant vos conditions de vie lorsque vous vous comparez à vos pairs étudiant·es ? » Les réponses qualitatives ont montré que les étudiant·es parents et les étudiant·es en situation de handicap estimaient que leur quotidien était plus largement affecté par les mesures de distanciation physique que celui de leurs collègues. Les réponses à cette question ont aussi montré que les étudiant·es de l'international se sont identifié·es comme étant particulièrement affecté·es, mais aussi peu considéré·es par les actions des universités.

Les étudiant·es issu·es de ces mêmes trois groupes revenaient souvent parmi celleux qui témoignaient d'une grande précarité et d'un certain sentiment de détresse dans les réponses aux questions leur permettant de décrire les nouveaux défis qui se présentaient à eux en lien avec leurs conditions de vie, et d'expliquer la détérioration de leur état de santé. Ces résultats nous ont conduit·es à retourner à nos données quantitatives afin d'effectuer d'autres tests du $\chi^2$ de Pearson pour regrouper les étudiant·es vivant l'une ou plusieurs de ces « positionnalités », les similitudes entre celleux-ci ayant pu brouiller les cartes des premières analyses comparatives réalisées précédemment. Ainsi, les étudiant·es de l'international avec permis, les étudiant·es en situation de handicap et les étudiant·es parents ont été regroupé·es en un seul et même groupe (n = 176)[2], et comparé·es aux autres étudiant·es qui ne s'identifiaient pas comme tels (n = 237). Ces tests nous ont amené·es à constater des différences significatives sur plusieurs items du questionnaire quantitatif. Ainsi, les résultats présentés plus bas s'attardent à la situation de ces étudiant·es et sont mis en dialogue avec les récits collectés dans le cadre du volet qualitatif.

Pour la présentation des résultats, nous nous inspirons de quelques composantes du CHAMPSS Functionnal Capabilities Framework (O'Sullivan *et al.*, 2013), modèle permettant d'assurer une meilleure préparation et une meilleure gestion des sinistres. Celui-ci propose en effet de prendre en considération les différentes dimensions des capacités fonctionnelles des communautés pour faire face aux sinistres, et d'adopter des actions et des mesures qui leur sont spécifiques pour assurer le bon fonctionnement des communautés affectées. S'il n'était pas prévu d'avoir recours à cette grille d'analyse, les catégories émergeant de l'analyse de contenu thématique s'apparentent effectivement à certaines composantes de ce modèle. La composante « communication » est abordée dans deux sous-catégories liées aux défis propres à la vie étudiante : « communications confuses » et « communication avec l'école » sous la catégorie « parentalité ». Notre analyse a également été guidée par les vastes catégories que constituent le « logement » et les « biens et la mobilité », lesquelles permettent de mobiliser les composantes « *housing* » et « *mobility and transportation* »; l'« *awareness* » est quant à elle documentée par l'entremise du nœud « perception du confinement ». La grande catégorie « santé et bien-être » (qui inclut 2976 extraits), laquelle comprend « les difficultés liées aux services », permet d'informer la dimension « *psychosocial* ». Enfin, quelques catégories d'analyse comme « distribution des tâches quotidiennes » ou « défis ou insatisfactions liés à la vie quotidienne » documentent la composante « *selfcare and daily life* » du modèle.

## Résultats

Les personnes interrogées étaient invitées à dire si elles estimaient faire face à plus de défis sur le plan de leurs conditions de vie que leurs pairs. Parmi les étudiant·es ayant répondu « oui » à cette question, on remarque une surreprésentation des étudiant·es des groupes concernés. En effet, 68 % des répondant·es estimant faire face à plus de défis que leurs collègues s'identifiaient à au moins l'un de ces trois groupes, alors qu'iels ne représentent que 43 % de l'échantillon ($x^2$ = 15,53; $p$ = 0,000). Le volet qualitatif a permis d'observer que celleux-ci étaient fragilisé·es et présentaient une expérience particulière, susceptible d'affecter leur fonctionnement social dans les différentes sphères du modèle CHAMPSS (O'Sullivan *et al.*, 2013). Ainsi, en ce qui concerne les questionnements initiaux des membres de l'équipe de recherche, les étudiant·es en provenance de ces trois groupes semblent avoir été plus particulièrement mis·es à l'épreuve lors de la première vague de la pandémie.

## Des communications imprécises qui provoquent un sentiment de détresse

Le manque de clarté des communications en provenance des institutions d'enseignement et l'incertitude entourant la fin du trimestre d'hiver 2020 ont été rapportés comme étant difficiles à vivre (48 extraits, toutes catégories confondues). Si cette situation est déplorée par plusieurs, les réponses aux questions à développement ont montré que les communications confuses ou imprécises de la part des universités semblent avoir affecté plus spécifiquement les étudiant·es issu·es des groupes concernés. Par exemple, 15 étudiant·es en situation de handicap ont indiqué dans les questions à développement que l'incertitude autour de la poursuite des activités pédagogiques et le passage au numérique pouvaient expliquer l'augmentation de leur anxiété. Certain·es précisent que la gestion de l'inconnu était excessivement anxiogène pour des personnes déjà sensibles à ces difficultés. De plus, 9 étudiant·es ont révélé avoir vécu de la frustration quant au manque de fluidité et de clarté des informations reçues. Trois parents ont également dit se sentir « désespéré[s] » par les communications de leur établissement, ou « laissé[s] pour compte » :

> Le mutisme du décanat face à la situation des parents étudiants aussi me montre que je suis juste une chialeuse qui leur écrit pratiquement chaque semaine et ne vaut même pas une réponse. Mon impossibilité à performer comme je le désire à mes examens mine mon moral. Le refus d'un prof de m'accommoder malgré une lettre d'accommodement de l'aide aux études me donne l'impression que je [ne] suis qu'une moins que rien. (UQAC88)

D'ailleurs, pour les étudiant·es parents, la confusion des communications en provenance de leur université s'ajoutait au manque de clarté des directives émises par les écoles primaires et secondaires. Quelques répondant·es déplorent les consignes peu précises du gouvernement concernant la scolarisation à la maison, un défi quotidien exacerbé lorsque l'enfant est aussi en situation de handicap. Cette mère nomme également tout le travail émotionnel nécessaire afin de bien faire comprendre à ses enfants la situation pandémique. On mentionne que les informations sont parfois difficilement intelligibles pour les enfants, et ceux-ci peinent à comprendre concrètement les conséquences de la situation actuelle sur leur quotidien (et sur la réserve d'énergie de leurs parents) :

> D'expliquer la situation aux enfants, de leur expliquer qu'ils ne peuvent pas avoir de fête, pas voir les grands-parents, pas inviter d'amis, pas aller chercher les amis, pas d'école, mais du travail à la maison. Expliquer pourquoi maman n'a jamais le temps et pourquoi elle doit se coucher quand papa arrive pour être fonctionnelle durant les stages de nuit. (UQAC88)

## Éviction, précarité de logement et enjeux de cohabitation

Au moment de la collecte des données, 63 participant·es (15 %) avaient dû changer de lieu de résidence depuis la mise en place des mesures de distanciation physique. De ce nombre, 26, dont la quasi-totalité ne s'identifie pas aux groupes concernés, ont pu compter sur leurs parents (n = 17), sur des proches (n = 2) ou sur un·e conjoint·e (n = 7) pour les héberger. Parmi les 63 qui semblent avoir été durement affecté·es par ce changement brutal de lieu de résidence, 11 s'étaient identifié·es comme des étudiant·es de l'international avec permis d'études, et 13 ont dit vivre en situation de handicap. Pour certain·es étudiant·es s'identifiant à ces deux groupes déjà fragilisés à l'arrivée des mesures sanitaires s'est ajouté le stress d'avoir vécu l'éviction de leur logement ou la fermeture des résidences étudiantes :

> Je me suis fait *kick*[*ed*] *out* des résidences étudiantes dans l[es]quelle[s] je vivais, avec seulement 2 jours pour partir. (UQTR12)

Deux étudiant·es en situation de handicap ont aussi nommé leur préoccupation quant à la difficulté de négocier avec leur propriétaire certains allègements ou assouplissements. Une étudiante témoigne ainsi :

> J'hésite à demander au propriétaire d'insonoriser le mur, car j'ai peur d'être victime de rénovictions ou encore d'une hausse de loyer abusive. (UQAM69)

La catégorie « défis liés à la cohabitation » révèle aussi des enjeux spécifiques aux personnes ayant déjà des difficultés de concentration (ex. : les étudiant·es ayant rapporté vivre avec un TDAH), la cohabitation à plusieurs et la proximité du voisinage accentuant le manque de concentration et le sentiment d'être constamment dérangé. Plusieurs étudiant·es (n = 30) ont mentionné avoir vécu des difficultés de concentration pendant cette période. Notamment, la présence de distractions à la maison pendant le confinement a rendu difficile la réalisation de certaines tâches, comme le soulève cette étudiante en situation de handicap :

> Mon trouble déficitaire de l'attention est principalement présent lorsqu'il y a beaucoup de distractions autour de moi. Je réussissais à bien me concentrer dans mon local de recherche, seule, à l'UQAC. Maintenant que je dois tout faire à la maison, c'est très difficile pour moi de me concentrer. (UQAC83)

Du côté des étudiant·es de l'international, le manque d'espace et d'intimité ainsi que l'accessibilité à un lieu calme avec une connexion Internet de qualité posent problème, alors que chez les étudiant·es responsables d'un enfant, le manque d'espace extérieur a pu représenter un défi au quotidien :

> Nous n'avons pas de cour pour jouer avec les enfants. Ils font parfois beaucoup de bruit et ça peut m'inquiéter. J'ai peur de déranger les voisins. (UQAM113)

Les étudiant·es des trois groupes ont souffert du manque de ressources technologiques, ou encore du fait de ne pas pouvoir accéder aux ressources de la bibliothèque, ce qu'ils ont cité comme des freins à la poursuite des activités pédagogiques. Plusieurs ont également noté la difficulté de s'adapter à de nouvelles méthodes d'apprentissage. Enfin, on remarque aussi que la fermeture des lieux publics a contribué à exacerber l'anxiété de certain·es étudiant·es qui faisaient déjà face avant la pandémie à des défis sur les plans de l'attention et de la concentration. Si les étudiant·es des groupes concernés ont vu leurs conditions de vie se transformer au même titre que tous les autres étudiant·es, les impacts de ces changements semblent les avoir exposé·es à davantage de détresse et d'anxiété. Aussi, leurs réponses aux questions qualitatives se démarquent par leur inquiétude de voir leurs conditions de vie décroître ou se précariser davantage s'iels abordaient certains enjeux avec leurs colocataires ou leur propriétaire ou s'iels prenaient plus de liberté dans leur logement.

## Une gestion du risque porteuse d'insécurité

À travers les réponses aux questions à développement, il est apparu évident que la gestion du risque face à l'exposition au virus ou les conséquences d'une contamination étaient liées aux conditions de vie et aux positionnements sociaux des participant·es. Les propos des étudiant·es parents et des étudiant·es de l'international révèlent des conséquences plus importantes advenant une contamination au virus. Pour les étudiant·es de l'international, c'est la possibilité de rentrer dans leur pays d'origine et de voir leur famille qui est compromise. Une étudiante internationale témoigne ainsi de son

> [...] anxiété face à l'incertitude du futur et à l'éloignement de [s]a famille (relativement à [s]on statut d'étudiante étrangère), et [de] l'anxiété générée par les mesures sanitaires (entrer dans un magasin, se promener en évitant les autres passant·es) (UQAM64).

Pour quelques répondant·es, la colocation a été une expérience positive grâce à laquelle iels se sont senti·es soutenu·es durant le premier confinement. Par contre, pour les étudiant·es touché·es par certains enjeux spécifiques liés à un éventuel retour dans le pays d'origine, ou celleux ayant besoin de leur famille pour du soutien, la colocation a pu générer du stress et de l'insécurité, les contacts sociaux des différents colocataires augmentant la probabilité d'une contamination à la COVID-19 :

> Le défi est que certaines de mes colocataires ne respectent pas vraiment les mesures, reçoivent beaucoup de visites et [ont] même une fois organisé une fête durant cette pandémie. Cela crée donc [de] la tension entre nous, car on ne se sent pas en sécurité. (UQAR11)

## L'usage du transport en commun, une autre source de stress

Les analyses quantitatives révèlent que les étudiant·es des groupes concernés utilisent davantage les transports en commun que les étudiant·es ne s'identifiant à aucun de ces groupes ($x^2 = 9{,}70$; $p = 0{,}021$). Ainsi, iels sont plus susceptibles d'avoir été exposé·es au stress lié à ce moyen de transport, en plus d'être aux prises avec une plus grande complexité dans la planification de leurs courses pour se procurer les biens de première nécessité. Cette étudiante internationale témoigne ainsi de son expérience :

> Nous n'avons pas de voiture (et ne connaissons personne dans notre entourage qui aurait accès à une voiture, nous n'avons pas non plus de permis québécois pour avoir accès à un véhicule « libre-service »), pour faire attention aux finances nous avons l'habitude d'aller dans des plus grandes surfaces un peu plus éloignées de notre logement pour acheter en quantité et être capable de stocker pour 2 à 3 semaines. Il faut donc prendre un autobus [...]. [L]e principal défi dans mon cas a été l'organisation, parce que pour éviter le monde dans l'autobus et le magasin, il faut y aller tôt le matin et entre le travail et les études, pas évident. (UQAM53)

Cet autre étudiant en situation de handicap déplore l'insécurité dans laquelle le plonge le fait de devoir faire livrer son épicerie :

> Je souffre d'anxiété sociale et les épiceries me stressent beaucoup en ce moment. Je dois alors commander en ligne et les livraisons et produits sont difficilement disponibles. (UQAM20)

## Des états de santé physique et mentale qui se détériorent, des services qui se dégradent

Si les étudiant·es des groupes concernés avaient une santé mentale significativement moins bonne que celle des étudiant·es ne s'identifiant à aucun de ces groupes avant l'arrivée des mesures sanitaires ($x^2$ = 14,31; $p$ = 0,026), l'écart se réduit et n'est plus significatif lorsqu'on les questionne sur leur état de santé mentale général depuis l'arrivée des mesures de distanciation physique. Par contre, pour certains items, des écarts persistent. Les données qualitatives contiennent aussi plusieurs témoignages d'étudiant·es appartenant à l'un ou à plusieurs de ces groupes qui révèlent leur inquiétude, leur sentiment d'être submergé·es par la lourdeur du quotidien et leurs préoccupations quant à leurs conditions de vie, en plus du constat que leur état de santé mentale s'est dégradé. Cette étudiante en situation de handicap relate ainsi :

> Je vis avec un trouble d'anxiété généralisée depuis 4 ans. Je prends une médication adaptée. Du jour au lendemain, je me suis retrouvée sans repères, plongée dans une situation d'incertitude qui me rendait malade psychologiquement. Encore aujourd'hui, je me nourris à peine et mon état de santé se dégrade. (UQAC68)

Des tests du $\chi^2$ de Pearson ont d'ailleurs été effectués sur chacun des items des deux échelles de dépression et d'anxiété utilisées. Ceux-ci montrent que les étudiant·es des groupes concernés ont été plus affecté·es par l'incapacité d'arrêter de s'inquiéter ou de contrôler leurs inquiétudes que les étudiant·es n'appartenant pas à l'un de ces groupes ($x^2$ = 12,20; $p$ = 0,016). Iels ont aussi été plus sujet·tes à des problèmes de sommeil ($x^2$ = 15,10; $p$ = 0,005). Cet étudiant en situation de handicap raconte :

> Je me réveille après une nuit de sommeil chaotique. Cauchemars et rêves mouvementés sont devenus habituels. Je me réveille à 5 h 30 tous les matins sans exception, je ne peux pas faire autrement depuis le début de la crise. (UQAM13)

Ces informations permettent aussi de mieux comprendre certains témoignages collectés dans le volet qualitatif du projet, où 16 étudiant·es appartenant

à l'un ou à l'autre des trois groupes mentionnent leur besoin de soutien psychosocial, celui-ci ayant été interrompu ou étant rendu impossible. Les nouvelles modalités de consultation en ligne ont parfois soulevé des défis. Si quelques-un·es conviennent que les téléconsultations ont nécessité certains ajustements de leur part, d'autres signalent que leurs conditions de vie les ont rendues impossibles. Pour elleux, le manque d'espace et d'intimité, de même qu'un appartement mal insonorisé, a conduit à un arrêt de leur suivi en raison des enjeux liés à la confidentialité, comme en témoigne cette étudiante en situation de handicap :

> Notre logement est petit, donc nous ne pouvons plus voir (appeler) nos psychologues avec confidentialité. Nous avons donc perdu tous les deux nos psychologues. (UQAC83)

Des étudiant·es vivant avec un handicap physique indiquent pour leur part que leur santé physique s'est détériorée depuis l'arrivée des mesures de distanciation. Le confinement et le manque d'accès aux soins ou aux activités physiques ont entraîné des problèmes chez ces étudiant·es ayant déjà des difficultés sur le plan physique. Pour certain·es, ces dernières ont grandement contribué à l'apparition ou à l'aggravation d'autres problèmes de santé, ainsi qu'en témoignent ces deux étudiant·es en situation de handicap :

> J'ai découvert que j'avais une névralgie d'Arnold. J'ai reçu des infiltrations de cortisone à deux reprises, sans succès. J'avais trouvé une alternative qui soulageait de plus en plus mes maux de tête chroniques. Ma solution était en consultant un chiropraticien. Avec le confinement, je ne peux plus le consulter pour traiter mon nerf à l'origine de mes maux de tête. (UQAC68)

> J'ai des problèmes de dos chroniques et je n'ai plus accès à mes soins habituels. Donc, dégradation de ma santé physique et de mon bien-être général. (UQO17)

Des étudiant·es de l'international ont aussi craint pour leur santé, dans un contexte où iels ont évité de consulter, non certain·es de leur couverture par la RAMQ. Une étudiante internationale explique :

> J'ai très mal au dos, mais je ne peux pas avoir accès à un physiothérapeute. (UQAC99)

En ce qui concerne l'accessibilité et le maintien des services en santé mentale, quelques personnes déjà fragilisées décrivent l'aggravation de leur état et les conséquences de l'interruption de leur suivi ou de la modification de ses modalités, comme en témoigne cette étudiante en situation de handicap :

> Je participais à des groupes pour endeuillés par suicide une fois par mois, et c'est difficile de m'en passer. (UQO04)

D'autres réponses soulignent une « autonomie forcée » sur le plan médical, faute d'avoir accès à du personnel de santé compétent, ainsi que le relève cette étudiante en situation de handicap :

> J'ai dû changer de médicament pour ma maladie et je n'ai pas pu avoir les enseignements pour réussir à me l'administrer seule et correctement. (UQAR33)

Cette « autonomie » s'est d'ailleurs avérée difficile pour plusieurs répondant·es, qui ont témoigné de l'impact de la transformation des services sur certains de leurs proches. Ainsi, il a semblé ardu, voire impossible dans ce contexte, de poursuivre son quotidien comme si de rien n'était, surtout pour les étudiant·es en situation de handicap et pour celleux responsables d'un enfant. Aux difficultés d'accès aux services s'ajoute la complexification du maintien des liens avec leur réseau informel de soutien. Les étudiant·es des groupes concernés ont été plus affecté·es par les changements dans leurs relations avec leurs ami·es ($x^2 = 9{,}08$; $p = 0{,}011$). Les données qualitatives sont nuancées en ce qui concerne les étudiant·es de l'international, lesquel·les expliquaient qu'iels étaient habitué·es aux amitiés virtuelles; c'est surtout l'incertitude liée à la possibilité de rentrer voir leur famille, un·e conjoint·e ou leurs ami·es qui semble exacerber leur sentiment de solitude :

> Ma famille et mon conjoint étant en France, je devais passer deux semaines de vacances en juillet là-bas. Du fait que la situation est incertaine, je ne sais pas si je pourrai y aller. Donc cela ajoute un sentiment de tristesse et de solitude. (INRS11)

Pour certain·es étudiant·es en situation de handicap, l'impossibilité de voir leur famille ou de maintenir leurs activités sociales signifiait la détérioration de leur état de santé physique ou mentale. Cette étudiante résume ainsi :

> Anxiété liée à l'isolation (les mesures me donnent une excuse pour avoir une vie sociale encore moins active qu'à l'habitude, ce qui ne m'aide

> pas à travailler sur mon anxiété sociale – je m'isole encore plus qu'à l'habitude). (UQAM04F)

Les témoignages présentés dans cette section nous permettent de comprendre un peu mieux, au-delà des données statistiques sur l'état de la santé mentale des étudiant·es des communautés universitaires du Québec, comment les mesures sanitaires sont venues complexifier leur quotidien et ont entraîné ou exacerbé leurs problèmes de santé.

### Des tâches quotidiennes qui s'accumulent

Les étudiant·es s'identifiant aux groupes concernés ont plus souvent dû composer avec un changement dans la distribution des tâches quotidiennes au sein de leur ménage ($x^2$ = 13,02; $p$ = 0,001). Cet effet s'observe particulièrement chez les parents (le plus souvent des mères) d'un ou de plusieurs enfants ($x^2$ = 47,10; $p$ = 0,000) :

> Je fais maintenant toutes les tâches ménagères, la cuisine, les achats. Avant, c'est mon conjoint qui effectuait la cuisine et les achats. Les tâches ménagères (balayeuse, vaisselle, nettoyage, etc.) étaient divisées à parts égales. (UQAM113)

Les données qualitatives recueillies témoignent d'une certaine lourdeur dans l'organisation du quotidien et dans l'ampleur des tâches à réaliser, exacerbée par l'absence du réseau de soutien auquel ces étudiant·es ont généralement accès. Certain·es estiment « crouler sous les charges », avoir le sentiment d'« abandonner » ou de « négliger » leurs enfants et d'être « en mode survie ».

Même si leur état de santé mentale semble avoir moins décru que les autres, les étudiant·es s'identifiant à au moins l'un des trois groupes rapportent avoir été plus affecté·es dans leurs activités quotidiennes et sociales que les autres étudiant·es ($x^2$ = 14,12; $p$ = 0,007). Leur état de santé mentale a rendu difficiles leur travail, leurs tâches à la maison ou leur capacité à bien s'entendre avec les autres.

## Discussion et limites de la recherche

Cette étude a été élaborée et réalisée lors de la première vague de la COVID-19, en avril et en mai 2020. Les chercheurs et chercheuses rassemblé·es pour cette étude (dont la majorité sont des femmes, des mères pour la plupart) étaient alors iels-mêmes submergé·es par les nouvelles injonctions de leur

quotidien, en plus d'être très sensibles aux nombreux messages de détresse et aux questionnements de leurs étudiant·es. Leurs travaux s'inscrivant dans le sillage des théories féministes, critiques et antiracistes, dès les premières semaines suivant l'arrivée des mesures sanitaires, iels ont été taraudé·es par différentes interrogations les poussant à documenter la crise que nous traversions afin de voir si elle était révélatrice de certaines inégalités qui persistent entre les différents sous-groupes d'étudiant·es. Le souci de l'équipe de réaliser une ADS+ en faisant des comparaisons de moyennes inter-groupes, et de souligner les contrastes entre les différents groupes sociaux dans le contexte de l'analyse de contenu thématique, a permis d'observer que les étudiant·es des groupes concernés s'estimaient plus affecté·es que les autres, en plus d'avoir exprimé une frustration certaine face à leur établissement qui semblait les avoir « laissé·es pour compte ». Une deuxième phase d'analyse nous a conduit·es à constater que les étudiant·es s'identifiant à au moins l'un de ces trois groupes ont été significativement plus affecté·es que les autres sur certains aspects. Ainsi, il apparaît maintenant évident que certains groupes sont restés dans l'angle mort des décideurs et ne bénéficiaient pas des mêmes conditions que les autres pour poursuivre leur trimestre et surmonter les défis inhérents au contexte pandémique.

Les résultats présentés ici amènent un éclairage différent sur le portrait de la santé des communautés étudiantes qui se dégage depuis les débuts de la pandémie puisqu'ils font le lien entre la santé des étudiant·es et leurs conditions de vie. Il apparaît maintenant évident que toustes ne disposaient pas des mêmes conditions pour pouvoir compléter le trimestre d'hiver 2020, et que les conditions de santé sont interconnectées avec les conditions de vie. Les résultats permettent d'avancer que les étudiant·es des groupes concernés se sont retrouvé·es dans une spirale où précarité des conditions de vie, complexification du quotidien et étiolement des liens sociaux se sont renforcés mutuellement et ont conduit à une détérioration de leur état de santé (mentale surtout). Puis, les situations de détresse ou la dégradation de l'état de santé physique ont à leur tour créé des situations où les étudiant·es ont peiné à accomplir leurs tâches quotidiennes, ou ont précarisé davantage leurs conditions de vie. Par exemple, les résultats montrent que les étudiant·es issu·es de ces trois groupes ont été précarisé·es sur le plan du logement, ce qui a généré du stress et de l'anxiété. Celleux-ci se retrouvaient alors dans des situations où il était quasi impossible de discuter de leur senti avec des professionnels, et où aborder la situation avec leurs colocataires ou leur

propriétaire aurait pu entraîner des conflits, voire une éviction. Aussi, le stress généré par la nécessité d'avoir recours au transport en commun pour se procurer les biens de première nécessité touchait plus spécifiquement les étudiant·es de ces trois groupes, celleux-ci craignant par ailleurs des délais dans le traitement de leur épicerie, ou une augmentation du budget consacré à celle-ci. Cette situation générait à son tour une grande détresse susceptible d'affecter la capacité des étudiant·es à compléter leur semestre.

Dans le contexte où la pandémie s'étire et où le discours public sur la santé mentale et la responsabilité individuelle semble se cristalliser, il importe de poser un regard plus systémique et structurel sur la détresse des étudiant·es vivant à la croisée de certaines oppressions. Le matériel de recherche analysé dans le cadre de cette étude permet difficilement de « remonter vers » les systèmes qui sous-tendent et produisent les inégalités entre les étudiant·es. Aussi, malgré la volonté des chercheurs et des chercheuses de documenter la réalité des étudiant·es autochtones, noir·es ou racisé·es, et bien qu'une certaine proportion des étudiant·es de l'international avec permis d'études se sont également identifié·es comme appartenant à un groupe racisé, il n'a pas été possible de documenter avec précision leur vécu, ni d'établir de distinction nette avec les autres groupes.

## Conclusion

Malgré différentes limites, cette étude montre toute la pertinence de lier les conditions de vie des étudiant·es, surtout celles des groupes dont les défis aux études supérieures étaient déjà bien documentés, à l'analyse des effets de la pandémie sur leur santé physique et mentale. Elle signale aussi que le discours politique axé sur la responsabilité individuelle a pu mener certaines personnes à mettre de côté leurs propres besoins, afin de maintenir à flot un système de santé déjà fragilisé par les réformes néolibérales qui se sont succédé au cours des dernières décennies (Benach *et al.*, 2019; Boltanski et Chiapello, 2007; Côté, Dubé et Frozzini, 2020). Elle révèle également comment l'interruption des services de première ligne dans le Réseau de la santé et des services sociaux lors de la première vague de la COVID-19 a privé certaines personnes de services qui leur sont essentiels, fragilisant du même coup tant leur santé physique que psychologique, et complexifiant aussi leurs conditions de vie. De plus, les analyses présentées permettent de constater que les étudiant·es des trois groupes concernés ont été déçu·es et frustré·es par les réponses des établissements universitaires, qui les ont tantôt évincé·es

des résidences, ont ignoré leurs besoins ou n'ont pas répondu de manière diligente à leurs questions. Le modèle CHAMPSS offre de précieux repères pour préparer les communautés à affronter des sinistres avec résilience. Il importe que les universités revoient leurs responsabilités par rapport à la communauté étudiante et « soignent » les liens qui se sont étiolés dans le contexte de la pandémie. Les propos des participant·es analysés pour cet article permettent par ailleurs de constater plus largement que celleux-ci n'ont pas été considéré·es comme constituant le cœur d'une université, mais comme des clients. À l'avenir, alors que les universités se dotent peu à peu d'un plan d'action en matière d'équité, de diversité et d'inclusion (UQAC, 2020), il faudra que les décisions prises replacent les étudiant·es, et plus particulièrement celleux laissé·es dans les marges, au centre de leurs préoccupations, pour reprendre l'expression de bell hooks (1984).

Enfin, bien que ces aspects ne ressortent pas dans le cadre de cet article, les étudiant·es des différents groupes ont mobilisé diverses stratégies pour tenter de naviguer à travers une nouvelle réalité qui les a submergé·es. Les recherches futures s'intéressant aux effets de la pandémie de la COVID-19 sur la santé physique et mentale des communautés étudiantes devront documenter davantage les stratégies de débrouillardise et la mobilisation des réseaux informels d'entraide afin de voir comment les solidarités se sont manifestées dans le contexte de cette crise.

—

## Bibliographie

Al Salman, Subreen, Mohammed Alkathiri et Ali Khaled Bawaneh. 2021. « School Off, Learning On: Identification of Preference and Challenges Among School Students Towards Distance Learning During COVID19 Outbreak », *International Journal of Lifelong Education*, 40, 1 : 53-71.

Arnault, Émilie. 2021. « COVID-19 : les étudiants face à la crise », *La Presse Médicale Formation*, 2, 2 : 113-115.

Baber, Hasnan. 2020. « Determinants of Students' Perceived Learning Outcome and Satisfaction in Online Learning During the Pandemic of COVID-19 », *Journal of Education and E-Learning Research*, 7, 3 : 285-292.

Baticulon, Ronnie E., Jinno Jenkin Sy, Nicole Rose I. Alberto, Maria Beatriz C. Baron, Robert Earl C. Mabulay, Lloyd Gabriel T. Rizada, Christl Jan S. Tiu, Charlie A. Clarion MD et John Carlo B. Reyes. 2021. « Barriers to Online Learning in the Time of COVID-19: A National Survey of Medical Students in the Philippines », *Medical Science Educator*, 31, 2 : 615-626.

Belghith, Feres, Odile Ferry, Théo Patro et Élise Tenret. 2020. « La vie étudiante au temps de la pandémie de COVID-19 : incertitudes, transformations et fragilités », *OVE infos*, 42. <http://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2020/09/OVE-INFOS-42-La-vie-etudiante-au-temps-du-COVID-19.pdf>. Page consultée le 15 octobre 2020.

Bellahnid, Dina. 2021. *Analyse discursive entourant le savant et le politique : les leaders de la gestion de crise de la COVID-19 au Québec*. Mémoire de maîtrise, Montréal, HEC Montréal.

Benach, Joan, Marinilda Rivera Díaz, Nylca J. Muñoz, Eliana Martínez-Herrera et Juan Manuel Pericàs. 2019. « What the Puerto Rican Hurricanes Make Visible: Chronicle of a Public Health Disaster Foretold », *Social Science & Medicine*, 238 : 112367.

Benjelloun, Ahmed, Fatiha Kaddari et Bouteina El Gharbaoui. 2021. « La pédagogie numérique comme solution à la continuité pédagogique en temps du COVID-19. Cas des étudiants de la ville de Fès », *Alternatives managériales et économiques*, 3, 1 : 670-686.

Bergeron-Leclerc, Christiane, Danielle Maltais, Jacques Cherblanc, Jacinthe Dion, Eve Pouliot, Ariane Blackburn, Rachel Côté, Myriam Dubé, Anne-Renée Gravel, Josée Grenier, Oscar Labra, Lara Maillet, Andrée-Anne Marchand, Marie-Hélène Morin, Claudiane Ouellet-Plamondon, Cathy Vaillancourt et Marie-Pier Vaillancourt-Morel. 2020. *Les conséquences de la pandémie sur la santé globale des populations universitaires. Que connait-on de l'état de santé mentale des répondants? Faits saillants – Phase 1 – Feuillet No 2*. <https://constellation.uqac.ca/6013/>. Page consultée le 30 mars 2022.

Bilecen, Başak. 2020. « Commentary. COVID-19 Pandemic and Higher Education: International Mobility and Students' Social Protection », *International Migration*, 58, 4 : 263-266.

Boltanski, Luc et Ève Chiapello. 2007. *The New Spirit of Capitalism*. 3e édition. Londres, Verso.

Bourgault-Côté, Guillaume. 2020. « Malgré une amélioration, la pénurie d'équipement médical est toujours préoccupante », *Le Devoir*, 10 avril. <https://www.ledevoir.com/societe/576828/approvisionnement-medical-du-rouge-au-jaune-fonce>. Page consultée le 10 avril 2022.

Breton, Mylaine et Catherine Hudon. 2020. « La première vague de COVID-19 au Québec et les soins primaires », *Revue médicale suisse*, 6, 713 : 2131-2134.

Corbeil, Christine et Isabelle Marchand (dir.). 2010. *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui : portrait d'une pratique sociale diversifiée*. Montréal, Remue-ménage.

Côté, Daniel, Jessica Dubé et Jorge Frozzini. 2020. « Précarité du travail et inégalités sociales de santé : quelles leçons à tirer de la pandémie de COVID-19 », *Laboratoire de recherche en relations interculturelles (LABRRI)*, 24 avril. <http://labrri.net/wp-content/uploads/2020/05/Article_Site-LABRRI_travailPrecarite-2.pdf>. Page consultée le 30 mars 2022.

Cuerrier, Marjorie, Anne-Sophie Aubin et Delphine Tremblay-Gagnon. 2020. « Influences et répercussions de la pandémie sur les apprentissages et le parcours universitaire des étudiant·e·s aux cycles supérieurs en sciences de l'éducation : retour d'expérience de trois doctorantes », *Formation et profession*, 28, 4 : 1-8.

Daddona, Mark F. 2011. « Peer Educators Responding to Students with Mental Health Issues », *New Directions for Student Services*, 133 : 29-39.

Dhawan, Shivangi. 2020. « Online Learning: A Panacea in the Time of COVID-19 Crisis », *Journal of Educational Technology Systems*, 49, 1 : 5-22.

Dufour, Emmanuelle et Marie-Pierre Bousquet. 2016. « Soutenir la réussite universitaire des étudiant·e·s autochtones », *Droits et libertés*, 34, 2 : 20-22.

Fier, Sara M. et Lynda G. Brzezinski. 2010. « Facilitating the High School-to-College Transition for Students With Psychiatric Disabilities: Information and Strategies for School Counselors », *Journal of School Counseling*, 8, 10. <http://www.jsc.montana.edu/articles/v8n10.pdf>. Page consultée le 30 mars 2022.

Fraipont, Mathilde et Henry Maes. 2021. « Précarité étudiante et COVID-19 : catalyseur plus que déclencheur », *La Revue Nouvelle*, 3 : 5-9.

García, Emma et Elaine Weiss. 2020. « COVID-19 and Student Performance, Equity, and US Education Policy: Lessons from Pre-Pandemic Research to Inform Relief, Recovery, and Rebuilding », *Economic Policy Institute*. <https://epi.org/205622>. Page consultée le 30 mars 2022.

Gosselin, Marc-André et Robert Ducharme. 2017. « Détresse et anxiété chez les étudiants du collégial et recours aux services d'aide socioaffectifs », *Service social*, 63, 1 : 92-104.

Gouvernement du Canada. 2020. *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>. Page consultée le 30 mars 2022.

Grabham, Emily. 2021. *Women, Precarious Work and Care: The Failure of Family-Friendly Rights*. Bristol, Bristol University Press.

hooks, bell. 1984. *Feminist Theory: From Margin to Center*. Boston, SAGE Publications.

Hoyt, Lindsay Till, Alison K. Cohen, Brandon Dull, Elena Maker Castro et Neshat Yazdani. 2021. « "Constant Stress Has Become the New Normal": Stress and Anxiety Inequalities Among US College Students in the Time of COVID-19 », *Journal of Adolescent Health*, 68, 2 : 270-276.

Institut de recherches et d'études féministes (IREF) et Relais-femmes. 2007. « L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) : où en sommes-nous dix ans après? Rapport », Journée de réflexion organisée par Relais-femmes et l'Institut de recherches et d'études féministes de l'UQAM tenue à l'UQAM le 26 octobre 2006. <http://www.relais-femmes.qc.ca/files/RapportADS.pdf>. Page consultée le 30 mars 2022.

Kanouté, Fasal, Fahimeh Darchinian, Rajae Guennouni Hassani, Yamina Bouchamma, Sarah Mainich et Gwendoline Norbert. 2020. « Persévérance aux études et processus général d'acculturation d'étudiants résidents permanents inscrits dans des universités québécoises : les défis d'intégration et d'adaptation », *Revue des sciences de l'éducation*, 46, 2 : 93-121.

Kieffer, Suzanne. 2020. « Le numérique pour enseigner à distance en période COVID-19. Et si c'était à refaire en tenant compte de l'avis des étudiants? » Présentation orale avec comité de sélection, *4e Colloque international AUPTIC· éducation*, Louvain-la-Neuve, Belgique.

Le Vigouroux, Sarah, Astrid Lebert-Charron, Jacqueline Wendland, Émilie Boujut, Céline Scola et Géraldine Dorard. 2021. « COVID-19 and Parental Burnout: Parents Locked Down But Not More Exhausted », *Journal of Family Issues*. <https://doi.org/10.1177%2F0192513X211030038>. Page consultée le 30 mars 2022.

Lightfoot, Elizabeth, Rajean Moone, Kamal Suleiman, Jacob Otis, Heejung Yun, Courtney Kutzler et Kenneth Turck. 2021. « Concerns of Family Caregivers During COVID-19: The Concerns of Caregivers and the Surprising Silver Linings », *Journal of Gerontological Social Work*, 64, 6 : 656-675.

Martineau, Marc, Guy Beauchamp et Diane Marcotte. 2017. « Efficacité des interventions en prévention et en promotion de la santé mentale dans les établissements d'enseignement postsecondaire », *Santé mentale au Québec*, 42, 1 : 165-182.

Newcomb, Michelle. 2021. « The Emotional Labour of Academia in the Time of a Pandemic: A Feminist Reflection », *Qualitative Social Work*, 20, 1-2 : 639-644.

O'Sullivan, Tracey L., Craig E. Kuziemsky, Darene Toal-Sullivan et Wayne Corneil. 2013. « Unraveling the Complexities of Disaster Management: A Framework for Critical Social Infrastructure to Promote Population Health and Resilience », *Social Science & Medicine*, 93 : 238-246.

Paillé, Pierre et Alex Muchielli. 2008. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2e édition. Paris, Armand Colin.

Pautel, Cédrick. 2017. « Les étudiants en situation de handicap dans le réseau de l'Université du Québec : un état de la situation », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 1 : 11-35.

Philion, Ruth, Manon Doucet, Carole Côté, Martine Nadon, Nathalie Chapleau, Line Laplante et Iulia Mihalache. 2016. « Les représentations de professeurs quant à l'inclusion des étudiants en situation de handicap : quels défis se posent, quelles mesures s'imposent ? », *Éducation et francophonie*, 44, 1 : 215-237.

Pierceall Emily A. et Marybelle C. Keim. 2007. « Stress and Coping Strategies Among Community College Students », *Community College Journal of Research and Practice*, 31, 9 : 703-712.

Power, Pamela J. et Gabri M. Warren. 2020. « The Leap to Faculty in the Time of COVID-19 », *Journal of Professional Nursing*, 37, 1 : 34-37.

Roberts, Brent. 2020. « What We Know About College Students to Help Manage COVID-19 ». *Illinois Center for Social and Behavioral Science (CSBS)*. <https://csbs.research.illinois.edu/2020/08/16/what-we-know-about-college-students-to-help-manage-covid-19/>. Page consultée le 29 septembre 2020.

Roux, Jonathan, Mathilde Lefort, Mélanie Bertin, Cindy Padilla, Judith Mueller, Ronan Garlantézec, Mathilde Pivette, Alain Le Tertre et Pascal Crepey. 2021. « Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale des étudiants à Rennes, France ». <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03172226>. Page consultée le 30 mars 2022.

Seehuus, Martin, Robert W. Moeller et Virginia Peisch. 2021. « Gender Effects on Mental Health Symptoms and Treatment in College Students », *Journal of American College Health*, 69, 1 : 95-102.

Skowron, Elizabeth A., Stephen R. Wester et Razia Azen. 2004. « Differentiation of Self Mediates College Stress and Adjustment », *Journal of Counseling & Development*, 82, 1 : 69-78.

Talbot, Geneviève et Carole Yerochewski. 2021. « Pandémie : les logiques inégalitaires du confinement », *Nouveaux Cahiers du socialisme*, 25 : 18-25.

Tanguy, Adélaïde et Relais-femmes. 2018. *ADS+ : analyse différenciée selon les sexes dans une perspective intersectionnelle*. <http://trajetvi.ca/files/publications/fiche-synthe-se-ads-finale.pdf>. Page consultée le 30 mars 2022.

Trespeuch, Marie et Élise Tenret. 2021. « La crise sanitaire : une prise de conscience de la condition étudiante ? », *Revue française de socio-économie*, 1 : 5-11.

Tsapanou, Angeliki, John D. Papatriantafyllou, Konstantina Yiannopoulou, Dimitra Sali, Fedra Kalligerou, Eva Ntanasi, Panagiota Zoi, Eleni Margioti, Vasiliki Kamtsadeli, Maria Hatzopoulou, Maria Koustimpi, Athina Zagka, Sokratis G. Papageorgiou et Paraskeui Sakka. 2021. « The Impact of COVID-19 Pandemic on People With Mild Cognitive Impairment/Dementia and on Their Caregivers », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 4 : 583-587.

Turner, Kristy L., Michael Hughes et Katayune Presland. 2020. « Learning Loss, a Potential Challenge for Transition to Undergraduate Study Following COVID-19 School Disruption », *Journal of Chemical Education*, 97, 9 : 3346-3352.

Union étudiante du Québec (UEQ). 2021. *Enquête courte sur la santé psychologique étudiante au Québec en temps de pandémie de la COVID-19*. <https://unionetudiante.ca/wp-content/uploads/2021/02/UEQ_Rapport-Enque%CC%82te-COVID-19_20210208_Grf-VF-2.pdf>. Page consultée le 11 mars 2021.

Vaillancourt, Manon. 2017. « L'accueil des étudiants en situation de handicap invisible à l'Université du Québec à Montréal : enjeux et défis ». *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 1, 77 : 37-54.

Villatte Aude, Diane Marcotte et Alexandra Potvin. 2015. « Ces étudiants à risque de dépression », *Sociographe*, 51, 3 : 65-75.

## Notes

[1] Les auteur·es tiennent à remercier l'ensemble des membres de l'équipe de recherche : Marie-Christine Brault (UQAC), Marie-Soleil Cloutier (INRS), Isabel Côté (UQO), Jacinthe Dion (UQAC), Diane Gagné (UQTR), Isabelle Marchand (UQO), Linda Paquette (UQAC), Anne-Martine Parent (UQAC), Eve Pouliot (UQAC) et Jeanne-Marie Rugira (UQAR).

[2] Pour alléger le texte, lorsqu'il en est question de manière générale, nous parlerons des « groupes concernés » ou des « trois groupes ».

# De la « vocation » à prendre soin au joug de la performance : dévoiler les réalités des travailleuses du *care* pour comprendre la crise du système de santé et de services sociaux

**MAUDE BENOIT**

Professeure, Département de science politique — Université du Québec à Montréal

Directrice — Groupe de recherche État 21

**GABRIEL LÉVESQUE**

Doctorant en sociologie — Université McGill

**LÉONIE PERRON**

M.A. science politique — Université du Québec à Montréal

—

En mars 2020, la pandémie de COVID-19 révèle à la population québécoise un système de santé et de services sociaux déjà à bout de souffle, peinant à faire face à cette nouvelle crise. Les défaillances du système public, maintes fois identifiées et documentées par des autorités indépendantes comme la Protectrice du citoyen et le Vérificateur général du Québec, ont dégénéré au point où le gouvernement a dû faire appel à l'armée canadienne dans les établissements de soins de longue durée (CHSLD), en plus d'améliorer subitement le salaire des préposées aux bénéficiaires et d'adopter un décret contraignant pour endiguer l'exode des infirmières et des travailleuses sociales vers le secteur privé. Ce milieu de travail, manifestement plus essentiel que jamais, épuise pourtant ses employées[1], tandis que le gouvernement persiste à les désigner sous le vocable « d'anges gardiens ». Au-delà de leur prétendue « vocation » à prendre soin des gens, la réalité quotidienne de

ces travailleuses est surtout marquée par des exigences de performance et d'efficacité propres aux préceptes du nouveau management public. Le virage ambulatoire (années 1990), la réingénierie de l'État (années 2000) et l'austérité et la réforme Barrette (années 2010) ont en effet en commun d'avoir instillé cette injonction d'en faire plus avec moins (*doing more with less*). Bien que ce principe soit séduisant du point de vue du Trésor public, la mise en pratique de cette idée demeure toutefois nébuleuse; comment fait-on, concrètement, pour « en faire plus avec moins » ? Comment ces exigences de performance essentiellement quantitatives transforment-elles des métiers intrinsèquement qualitatifs de relations d'aide et de soins ? Plus généralement, comment l'application du management public affecte-t-elle la mise en œuvre des politiques sociales et de santé ?

Nous avons voulu répondre à ces questions en nous adressant aux principales concernées (les travailleuses de premières lignes, TPL) intervenant auprès d'une des « clientèles » croissantes de l'État (les personnes âgées) dans un programme de plus en plus privilégié par les gouvernants (les services de soutien à domicile, SAD). Bien que ces choix aient été effectués avant la pandémie, la crise sanitaire a mis en lumière tant la vulnérabilité des aînés dépendants que l'attrait des politiques de soutien à domicile (particulièrement *a contrario* de l'option des CHSLD), confirmant l'importance sociale de notre projet. À la lumière d'une première phase d'enquête où 25 entretiens ont été menés auprès de travailleuses en SAD (infirmières, travailleuses sociales, ergothérapeutes, etc.), nous avons construit et distribué un questionnaire long électronique auprès de ces employées à travers la province. Entre le 21 novembre 2019 et le 28 février 2020 (trois mois), 697 d'entre elles ont répondu aux 52 questions que nous leur avons soumises à propos de leurs réalités de travail, des stratégies adoptées pour en faire plus avec moins et de l'évolution de leurs relations avec les usagers.

Ces résultats inédits peuvent contribuer à la compréhension de la crise politique et organisationnelle qui sévit dans le système de santé et de services sociaux, au-delà des défis posés par le virus. En effet, les données de l'enquête nous offrent un polaroïd de la situation tout juste avant que la pandémie ne survienne : le dernier jour pour répondre au questionnaire était le 29 février 2020, et le premier jour du confinement en sol québécois était le 13 mars 2020. Le portrait qui s'en dégage est révélateur de tensions présentes bien avant que la crise n'éclate. Après un survol des effets de la managérialisation du système de santé et de services sociaux (section 1) et de la méthodologie

de cette enquête (section 2), nous aborderons les principales dimensions qui ressortent du questionnaire, soit la déconnexion entre les objectifs des décideurs publics et les réalités de travail des TPL (section 3), ainsi que la réduction de l'autonomie professionnelle (section 4) et la marginalisation de la relation d'aide et de soin (section 5) qu'engendre l'approche managériale en SAD.

## 1. Managérialisation du système de santé et de services sociaux et transformations du travail du *care*

Le nouveau management public (NMP) est un courant idéologique et gestionnaire proposant de réformer l'administration publique en s'inspirant de la gestion des entreprises privées, de façon à en accroître la productivité, l'efficacité et l'efficience. Concrètement, son application passe par la mise en place d'une culture de la mesure et de la gestion par résultat (plutôt que procédurale), de l'évaluation de l'atteinte des objectifs par des indicateurs de performance chiffrés, du passage de la notion d'usagers à celle de clients, de la privatisation et de l'externalisation des services permettant une concurrence entre prestataires, etc. Afin d'éliminer le « gaspillage » des ressources publiques (humaines et budgétaires), le NMP préconise une réorganisation du travail reposant, partiellement du moins, sur des logiques industrielles. Par exemple, dans les métiers du social, l'intervention globale effectuée auprès d'un usager par une professionnelle devient morcelée en une série d'actes perçus comme techniques et distincts, susceptibles d'être minutés et réalisés « à la chaîne » par différentes employées.

Après 40 ans d'application, l'influence du NMP dans l'espace occidental est sans conteste : tous les pays l'ont adopté à des degrés divers, ses préceptes ont rallié pratiquement tous les partis politiques majeurs et il a été introduit dans l'ensemble des secteurs d'action publique (Diefenbach, 2009 : 892). Cette popularité s'explique notamment par sa doctrine managériale d'en faire plus avec moins (*doing more with less*), qui priorise une optimisation des ressources (notamment humaines) « en ciblant davantage leur usage et leur contrôle, dans un contexte où leur disponibilité est limitée par des gouvernements peu disposés à investir dans des mesures sociales » (Bourque, 2009 : 4-5). Cela modifie considérablement l'*ethos* public, particulièrement dans les secteurs sociaux où les administrations sont sommées de devenir « des prestataires de services efficients, plutôt que des lieux d'expression d'une éthique du bien

commun et d'établissement de relations sociales » (Barbe et Bourque, 2019 : 33). Ces secteurs sociaux font en outre l'objet d'une analyse d'inspiration néolibérale, sous laquelle ils sont désignés comme de strictes dépenses ne produisant aucune retombée économique, et conséquemment comme devant particulièrement être visés par des réformes permettant d'en contrôler, voire d'en réduire les coûts (pour une analyse de la conception néolibérale des activités de *care*, voir Brugère, 2020). C'est ainsi qu'au Québec, les réformes managériales visant à augmenter la performance et l'efficience du réseau de la santé et des services sociaux se sont succédé à un rythme inouï depuis les années 1990 (Grenier, Marchand et Bourque, 2021).

Si plusieurs travaux mettent en doute les effets positifs de l'application des méthodes « *lean* » du NMP en santé en général (voir la revue systématique de la littérature effectuée par Moraros, Lemstra et Nwankwo, 2016), les recherches portant sur les professionnelles du *care* sont particulièrement sévères. Le travail de *care* désigne des activités spécialisées et complexes au centre desquelles se trouvent le soin d'autrui et le souci des autres (Molinier, 2010 : 162). Dans un contexte où la performance exigée au travail s'établit sur une productivité quantifiable, nombre de travailleuses jugent que cette logique gestionnaire est déshumanisante. Pour elles, la construction d'un lien avec l'usager, la prise en compte de la réalité propre à chacun et l'adaptation des interventions à leurs besoins spécifiques constituent des éléments centraux du sens qu'elles donnent à leur travail (Gonin, Grenier et Lapierre, 2013; Pelchat *et al.*, 2004 : 94). Or, ce travail exige du temps que la recherche de productivité ne permet plus, ce qui contribuerait à l'appauvrissement de la qualité de l'intervention et de l'adaptabilité des services offerts (Carrier *et al.*, 2016 : 778). En outre, les activités du *care* comprennent certes des tâches prévisibles, déterminées et quantifiables, mais aussi d'autres non standardisables et non définissables *a priori*, ni en substance ni en temps (Puissant, 2012 : 112-113). Cette marginalisation de l'humain dans les professions du social s'accompagne également d'un déplacement de la responsabilité des dysfonctionnements du réseau de la santé et des services sociaux sur les travailleuses. Comme le remarque Bourque, le NMP « postule implicitement que les problèmes dans la dispensation des services proviennent d'une carence dans la rationalisation de leur management et non d'un manque de ressources, et encore moins des conditions de vie ou des dimensions collectives (sociopolitiques) du vécu des utilisateurs de services » (Bourque, 2009 : 8). Autrement dit, les professionnelles du *care* sont doublement pénalisées par cette vision du

monde : non seulement elles doivent se plier à des réformes qui modifient fondamentalement le cœur de leurs métiers, mais c'est finalement à elles qu'incombe la responsabilité du fonctionnement plus efficace des services.

Cette recherche s'inscrit dans ces questionnements et cherche à savoir comment les professionnelles en soutien à domicile vivent au quotidien ces injonctions contradictoires, comment se plient-elles ou résistent-elles à la directive d'en faire plus avec moins, comment cela affecte-t-il les services offerts, et ce que cela nous révèle de la crise qui caractérise – au-delà de la pandémie – le réseau de la santé et des services sociaux.

## 2. Méthodologie

La plate-forme Lime Survey a été utilisée pour concevoir, héberger et distribuer le questionnaire. Ce dernier compte 10 sections et 52 questions, pour un total de 115 entrées par répondante. Il est composé de plusieurs formats de questions fermées comme ouvertes (entrée numérique, choix de réponses, texte court, texte long, etc.). Une version française et une version anglaise étaient disponibles. La diffusion du questionnaire a été grandement facilitée par la collaboration de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS), qui ont invité leurs membres à répondre au sondage, sans toutefois que ces organisations aient un quelconque droit de regard sur son contenu[2]. À la fin de la période d'accessibilité, 1586 réponses ont été enregistrées, dont 697 considérées comme valides[3]. Toutes les régions administratives québécoises sont représentées sauf le Nord-du-Québec, et 12 des régions enquêtées ont un écart estimé de moins de 5 % avec la démographie réelle de la région[4]. Le tableau 1 brosse un portrait sommaire des répondantes en fonction de leur profession et ancienneté.

**Tableau 1**
**Ancienneté et profession des participantes**

| | Travail social | Sciences infirmières | Ergothérapie | Physiothérapie | Autres[5] | Total ancienneté |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Moins de 2 ans | 63 | 28 | 6 | 14 | 14 | **125** |
| Moins de 5 ans | 61 | 31 | 20 | 7 | 17 | **136** |
| Moins de 10 ans | 68 | 30 | 31 | 24 | 30 | **183** |
| Moins de 15 ans | 40 | 27 | 21 | 16 | 14 | **118** |
| Moins de 20 ans | 26 | 9 | 10 | 4 | 7 | **56** |
| 20 ans et plus | 31 | 10 | 25 | 10 | 3 | **79** |
| Total profession | **289** | **135** | **113** | **75** | **85** | **697** |

Tous les champs professionnels visés sont représentés au sein de l'échantillon, avec une distribution représentative de la réalité (les travailleuses sociales et les infirmières étant majoritaires en SAD). L'expérience des répondantes est variée : bien que la majorité d'entre elles y travaillent depuis moins de 10 ans, une proportion importante est plus expérimentée (11 % depuis 20 ans ou plus). Cela nous permet d'accéder aux points de vue de plusieurs générations de travailleuses. Les personnes intéressées à en savoir plus sur les résultats du questionnaire sont invitées à consulter le rapport de synthèse que nous avons produit (Benoit, Perron et Lévesque, 2021).

## 3. Prendre soin ou faire plus avec moins ? Distorsions entre le sommet de l'État et les réalités du terrain

En situation de crise comme celle de la COVID, la dépendance réciproque entre les décideurs au sommet de l'État et les travailleuses sur les terrains d'intervention est intensifiée. La mise en place de canaux de communication bidirectionnels efficaces est cruciale à l'identification de problèmes et à la prise de décision pour les résoudre (Gofen et Lotta, 2021 : 10; Perron *et al.*, 2020 : 76). Or, une telle communication n'est pas évidente et nous avons plutôt assisté à une certaine déconnexion entre le haut et le bas du réseau

de la santé et des services sociaux, laquelle a pu être constatée par exemple lorsque le gouvernement affirmait que le Québec disposait de matériel de protection suffisant (tandis qu'en réalité, les masques étaient rationnés, parfois même mis sous clé pour les conserver si une éclosion survenait plutôt que pour la prévenir), ou encore lorsqu'on pense au long délai nécessaire pour que la situation funeste de certains CHSLD remonte jusqu'aux autorités politiques (Perron *et al.*, 2020). Dans une lettre envoyée au gouvernement en avril 2020, le Conseil pour la protection des malades déplorait que « ce qui est décidé en haut n'arrive pas en bas » (Touzin *et al.*, 2020). Peut-être serait-il juste d'ajouter que le haut préfère parfois ignorer ce qui arrive en bas.

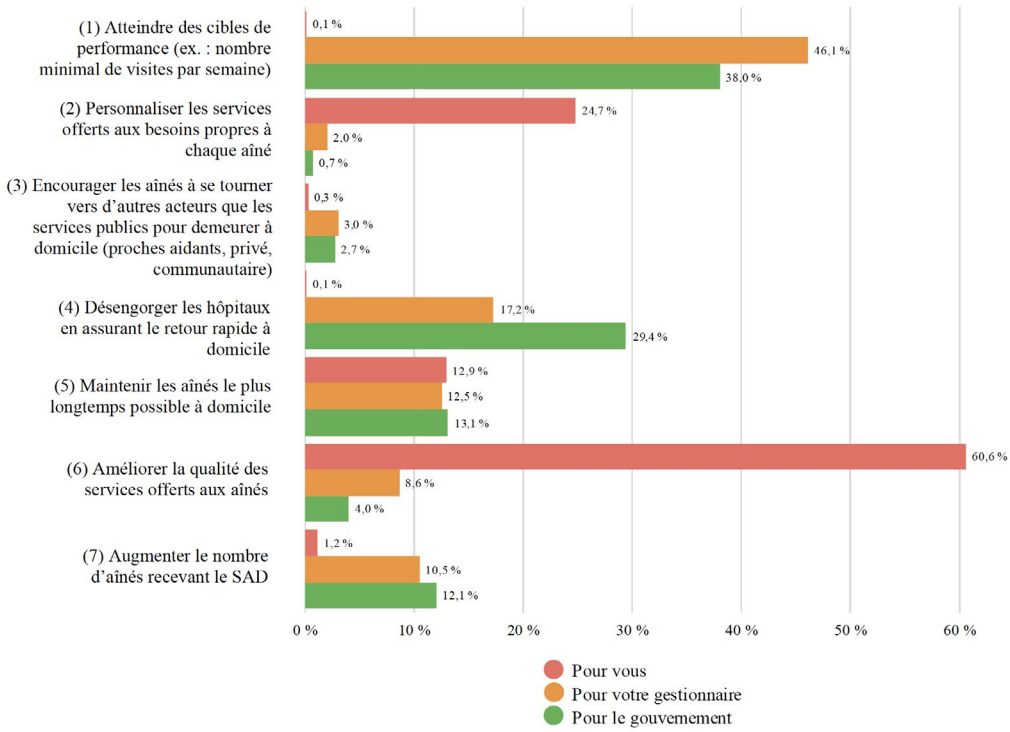
Ce décalage entre les discours du haut de la pyramide décisionnelle et les politiques réellement produites sur le terrain est un phénomène bien connu en science politique, celui de l'« *implementation gap* » (Pressman et Wildavsky, 1973). Ce fossé observable entre la politique formelle (ex. : une loi) et celle véritablement mise en œuvre est particulièrement susceptible de survenir lorsque la politique est ambiguë et que ses objectifs sont multiples, voire contradictoires (Brodkin, 2012 : 942). Cela est le cas de la politique de SAD où, aux côtés des objectifs qualitatifs d'appuyer les aînés désirant rester à domicile et assurer le cas échéant leur qualité de vie et leur sécurité, se situent des objectifs plus quantitatifs de contrôle du budget public, en utilisant le SAD pour remplacer la prise en charge classique à l'hôpital et différer une institutionnalisation des aînés jugée coûteuse (Benoit, 2017; Gimbert et Malochet, 2011). Comment décider alors quel est l'objectif prépondérant ? Les études sur les *street-level bureaucrats* montrent que, dans ce type de situation, les objectifs considérés comme prioritaires diffèrent selon la position occupée dans l'organisation hiérarchique (Lipsky, 2010 : 18; Riccucci, 2005). En identifiant sept objectifs reliés au SAD, nous avons questionné les travailleuses sur celui qui est à leurs yeux le plus important, ensuite sur celui qu'elles considèrent comme prioritaire pour le gouvernement, puis pour leurs gestionnaires.

La figure 1 illustre l'étendue du fossé existant entre les acteurs du « haut » du réseau de la santé et ceux du « bas » – du moins, celui que perçoivent les TPL. Pour elles, leurs supérieurs hiérarchiques et le gouvernement partagent une vision similaire du SAD, où ce sont les objectifs quantitatifs qui priment, qu'il s'agisse de rehausser la performance, d'augmenter le nombre d'usagers auxquels on offre des services ou de diminuer le temps d'hospitalisation des aînés. Le décalage apparaît énorme, tandis que 85 % des TPL considèrent

plutôt que leur objectif prioritaire est d'améliorer la qualité des services aux aînés (60,6 %) ou de personnaliser ceux qui leur sont offerts (24,8 %). Du côté du gouvernement, les signaux envoyés attestent une vision médicale et hospitalo-centrique, où le SAD semble instrumentalisé de façon à désengorger les hôpitaux (29,4 %) et à différer l'institutionnalisation des aînés (les maintenir « le plus longtemps possible à domicile » [13 %]). Dans le contexte de la pandémie, cet hospitalo-centrisme a d'ailleurs été dénoncé par plusieurs comme un facteur expliquant la négligence des décideurs publics à l'endroit des CHSLD (Goudreau et Stake-Doucet, 2020; Harel, 2020; Lessard, 2020).

**Figure 1**

**Parmi les objectifs énoncés, lequel, croyez-vous, est le plus important ?**



Il demeure que l'atteinte des cibles de performance est, aux yeux des TPL, le but numéro 1 tant du gouvernement (38 %) que des gestionnaires (46,1 %). Interrogées à ce sujet, les répondantes indiquent que ces cibles sont une pratique spécifique à la décennie 2010, et plus encore depuis la réforme Barrette de 2015. Paradoxalement, si cette réforme visait une uniformité des pratiques entre les régions et les établissements, les tâches mesurées et les cibles adjacentes diffèrent grandement au sein de l'échantillon. C'est cependant la majorité des intervenantes qui se déclarent évaluées selon leur temps d'intervention directe auprès des usagers, le nombre d'interventions minimales effectuées par semaine ainsi que le taux complété de formulaires d'évaluation électroniques. Notons que ces cibles sont exclusivement d'ordre quantitatif, tandis que les professions ici évaluées comportent un aspect humain et interactionnel pourtant fondamental. D'ailleurs, plus de 90 % des répondantes jugent que ce qui est mesuré ne reflète pas leur travail. Plus encore, ces cibles apparaissent déconnectées de la réalité, puisque les TPL parviennent rarement à les atteindre (40 %), voire jamais ou pratiquement jamais (15,9 %); seuls 17,5 % d'entre elles déclarent les atteindre la plupart du temps.

Au quotidien, cela signifie que les TPL se trouvent confrontées à une inadéquation entre les objectifs qualitatifs qu'elles jugent prioritaires et les cibles de performance quantitatives auxquelles elles doivent se conformer. Ce dilemme entre volonté de répondre aux besoins exprimés par les aînés et injonction d'en faire plus avec moins peut les conduire à recourir à des stratégies d'adaptation (*coping*) qui, par effet de retour, détournent les politiques mises en œuvre des objectifs initiaux dictés au sommet de l'État. Dans un contexte où le précepte d'en faire plus avec moins ne s'accompagne pas de directives d'application de la part de la hiérarchie, c'est en effet aux agentes de première ligne que revient la tâche « [d']arbitrer et [de] prioriser [elles]-mêmes, sans consignes claires, compte tenu de leur charge de travail qui augmente sans cesse. Chacun[e] pense faire un bon choix, mais cela peut devenir cacophonique, sinon chaotique » (Fortier, 2010 : 45). Ainsi, des travaux constatent que les exigences managériales ont un impact différencié sur les stratégies mobilisées par les TPL pour faire en sorte que les politiques « fonctionnent » malgré leurs contradictions internes et les ressources manquantes (Brodkin, 2013; Riccucci, 2005). Pour certaines, les cibles de performance créent de puissants incitatifs à se concentrer prioritairement sur les dimensions mesurées du travail, voire à adopter des pratiques informelles et même déviantes afin

d'atteindre les objectifs prescrits (Brodkin, 2011; Carrier *et al.*, 2016; Marston, 2013). D'autres TPL réagiront plutôt en adoptant des pratiques de résistance face à ces pressions au nom de leur vision des normes du service public et de leur éthique professionnelle (Dias et Maynard-Moody, 2006; Meyers et Vorsanger, 2007; Riccucci, 2005).

Pour éclairer cette dimension conflictuelle de leur travail, nous avons voulu savoir par quelles stratégies les intervenantes au SAD tentent de répondre le mieux possible à la fois aux besoins des usagers et aux demandes de leurs gestionnaires.

**Tableau 2**

**Au cours du dernier mois, avez-vous eu recours aux stratégies suivantes ? (%)**

| Stratégies | Tous les jours | Plusieurs fois par semaine | Quelques fois dans le dernier mois | Très rarement | Jamais | Ne sais pas/ Préfère ne pas répondre |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) Reporter les notes écrites à plus tard | 34,7 | 35,7 | 16,3 | 8,9 | 3,9 | 0,6 |
| (2) Faire des suivis téléphoniques plutôt que des visites à domicile que je jugerais plus adéquates | 5,8 | 19,9 | 30,3 | 27,8 | 13,8 | 2,4 |
| (3) Ne pas prendre mes temps de pause ou mes heures de repas | 32,9 | 32,1 | 20,5 | 9,1 | 5,3 | 0,1 |
| (4) Ne pas répondre au téléphone afin d'éviter d'avoir de nouvelles demandes | 5,9 | 12,2 | 16,9 | 21,3 | 40,8 | 2,9 |
| (5) Restreindre les relations d'aide par manque de temps | 13,3 | 30,4 | 36,5 | 2,0 | 15,5 | 2,4 |
| (6) Prioriser les clients plus à risque | 39,1 | 40,4 | 15,2 | 2,9 | 0,9 | 1,6 |
| (7) Gonfler les statistiques pour qu'elles reflètent davantage la réalité du travail investi | 5,5 | 11,7 | 12,8 | 20,8 | 46,0 | 3,2 |

Comme avec toute technique d'enquête reposant sur l'information donnée par les répondants, il faut considérer le biais de désirabilité sociale qui peut teinter les réponses (Papuchon, 2018 : 123-124). Cela étant, le tableau 2 montre une palette diversifiée de stratégies déployées pour que le SAD « fonctionne » malgré ses objectifs ambivalents et le manque de ressources. De ce portrait se dégage une tendance des TPL à se positionner en tant qu'agentes de résistance face à la doctrine de la performance au détriment de la qualité. D'abord, bien qu'elles aient exprimé la priorité accordée selon elles par leurs gestionnaires et le gouvernement aux cibles de performance, moins du tiers disent gonfler leurs statistiques de productivité (stratégie 7). De même, malgré l'inadéquation entre les besoins et les ressources, peu d'entre elles ont recours à une technique de réduction factice de la demande, par exemple en ne répondant pas au téléphone pour éviter d'ouvrir un nouveau dossier (stratégie 4). Elles sont cependant nombreuses à utiliser des tactiques afin de réduire le temps que leur prend une intervention (stratégies 2 et 5). Cela a des effets sur la qualité de l'intervention, mais l'usager reçoit tout de même les services. D'ailleurs, elles sont quasi unanimes à privilégier les clients les plus à risque lorsque vient le temps de distribuer les ressources disponibles (stratégie 6 : 79,5 % y recourent plusieurs fois par semaine, 15,2 % plusieurs fois par mois). Si cela pose la question de l'équité dans l'octroi des services (qu'arrive-t-il aux aînés aux besoins importants, mais pas urgents ?), on décèle ici une volonté des TPL de répondre aux besoins les plus pressants, plutôt que de privilégier les statistiques de performance ou d'appliquer strictement l'ordre chronologique des dossiers sans se préoccuper des profils des usagers. Enfin, c'est souvent à leur propre désavantage que les TPL parviennent à en faire plus avec moins, notamment en reportant les notes écrites à plus tard (stratégie 1, ce qui les place en porte-à-faux avec leurs ordres professionnels exigeant ces documents de suivi), ou alors en renonçant à prendre leur temps de pause ou de repas (stratégie 3).

Le recours à ces différentes stratégies révèle deux éléments importants : les exigences organisationnelles d'une performance accrue sont fortement intégrées chez les participantes, qui conservent toutefois une certaine marge de manœuvre pour tenter d'y répondre. Or, les réformes mises en place au cours des dernières années ont en commun de chercher à endiguer cette marge de manœuvre.

## 4. Mesurer la performance et standardiser l'évaluation : bureaucratisation du travail et réduction de l'autonomie professionnelle

Parmi les critiques les plus virulentes du NMP à l'endroit de l'administration publique « classique » figurent sa lourdeur administrative et l'inflexibilité de ses procédures. Les partisans du NMP avancent que les services publics gagneraient en qualité « en les débureaucratisant et en valorisant les compétences et les initiatives individuelles, ce qui motiverait les employés à participer à l'atteinte des objectifs fixés » (Bourque, 2009 : 17). En pratique cependant, il semble que l'appareil étatique rencontre des difficultés à faire confiance à ses travailleuses et que la recherche d'une performance accrue du secteur public s'accompagne généralement d'une « fièvre de la mesure » et d'un accroissement des contrôles et des compilations statistiques (Diefenbach, 2009 : 896). Dès 1996, Hoggett décrivait les effets pervers de l'hybride issu de l'efficience managériale et de la ritualisation bureaucratique des formulaires :

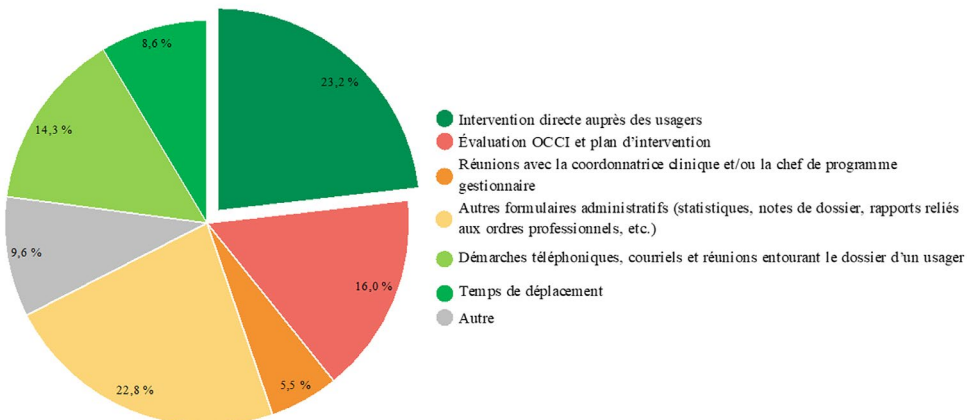
> [*E*]*xcessive formalization has proved to be organizationally dysfunctional, creating new layers of bureaucracy engaged in contract specification and monitoring, quality control, inspection, audit and review and diverting the energies of professional staff away from service and program delivery into a regime of form-filling, report writing and procedure following which is arguably even more extensive than that which existed during the former bureaucratic era.* (27-28)

Appliqués aux travailleuses du *care*, ces mécanismes de reddition de comptes de leur performance engendreraient, d'une part, une forme de technicisation graduelle de leur travail laissant de moins en moins d'espace à leur véritable mandat professionnel (ex. : l'ergothérapie) et, d'autre part, alourdirait leur charge de travail avec pour conséquence de diminuer le temps pouvant être passé auprès des usagers (Pelchat *et al.*, 2004 : 14). Autrement dit, un paradoxe de la performance s'instaure : les formulaires attestant leur performance sont si imposants qu'ils obligent les travailleuses à réduire leur temps d'intervention directe auprès des aînés, lequel constitue pourtant l'une des cibles de performance visées.

Nous avons cherché à savoir si ce paradoxe est en cours en SAD en interrogeant les répondantes sur les tâches qu'elles exécutent au quotidien et sur la proportion de temps qu'elles y consacrent (voir figure 2). Elles estiment

en moyenne passer seulement 23,2 % de leur temps directement avec les usagers. En y ajoutant le temps lié au déplacement entre les domiciles des aînés et les démarches téléphoniques, courriels et réunions entourant leurs dossiers, on arrive à 46,1% de leur horaire de travail. À quoi d'autre est consacrée leur journée ? Les deux catégories relatives aux procédures administratives (évaluation OCCI [outil de cheminement clinique informatisé] et plan d'intervention; autres formulaires administratifs) accaparent 38,8 % de leur quotidien.

**Figure 2**
**Distribution moyenne du temps de travail**




Cet accroissement de la charge administrative est perçu d'autant plus défavorablement qu'une part considérable de cette lourdeur est attribuable à la mise en place d'un protocole de standardisation informatique de l'évaluation des usagers, l'OCCI. L'OCCI est un formulaire informatique composé d'une longue série de questions obligatoires – pas toujours pertinentes selon les besoins de l'usager – regroupées en sections qui se succèdent les unes aux autres – rendant difficile le passage de l'une à l'autre selon le flot de la conversation avec l'usager –, et dont les choix de réponses figurent dans des menus déroulants – laissant peu de place à l'interprétation. Une fois complété, l'OCCI attribue une cote d'évaluation à l'usager, cote dont son plan de services sera grandement tributaire. L'OCCI a ainsi pour effet d'automatiser à la fois l'évaluation de l'usager et l'élaboration des services qui lui seront proposés. Si l'OCCI fait donc partie intégrante du traitement du dossier d'un usager

et qu'il doit normalement être rempli en sa présence, nous avons choisi de le considérer comme une tâche administrative plutôt qu'en activité passée auprès de l'usager, puisque c'est ainsi que les TPL nous l'ont désigné lors des 25 entretiens ainsi que dans les questions ouvertes du questionnaire. Pour la majorité d'entre celles qui se sont exprimées, l'OCCI ne constitue pas un élément de l'intervention psychosociale, mais une standardisation de l'évaluation marginalisant leur jugement professionnel. Ainsi, 78,2 % affirment avoir assez, beaucoup ou tout à fait « l'impression d'être davantage une technicienne administrative qu'une travailleuse sociale, une infirmière, une ergothérapeute, etc. ».

La standardisation de l'évaluation est une pratique courante de l'approche managériale, en ce qu'elle permettrait de gagner en rapidité d'exécution et en uniformité d'évaluation (c'est l'outil informatique neutre qui décide et non l'intervenante disposant d'un pouvoir discrétionnaire). Dans les travaux portant sur le SAD, les critiques à l'égard de ce mécanisme sont nombreuses. Dans un contexte de rationnement des dépenses publiques, l'outil d'évaluation serait instrumentalisé de façon à réguler « l'accès aux prestations en contribuant à l'allocation optimale de ressources du système sociosanitaire » (Ennuyer, 2014 : 211). Les promesses d'une évaluation de plus en plus individualisée à la situation propre de chaque aîné seraient enrayées du fait d'une offre de services qui « devient en réalité de plus en plus standardisée, plus homogène », et d'une interaction professionnelle-usager « de plus en plus uniforme » (Billaud, Trabut et Weber, 2014 : 42-43).

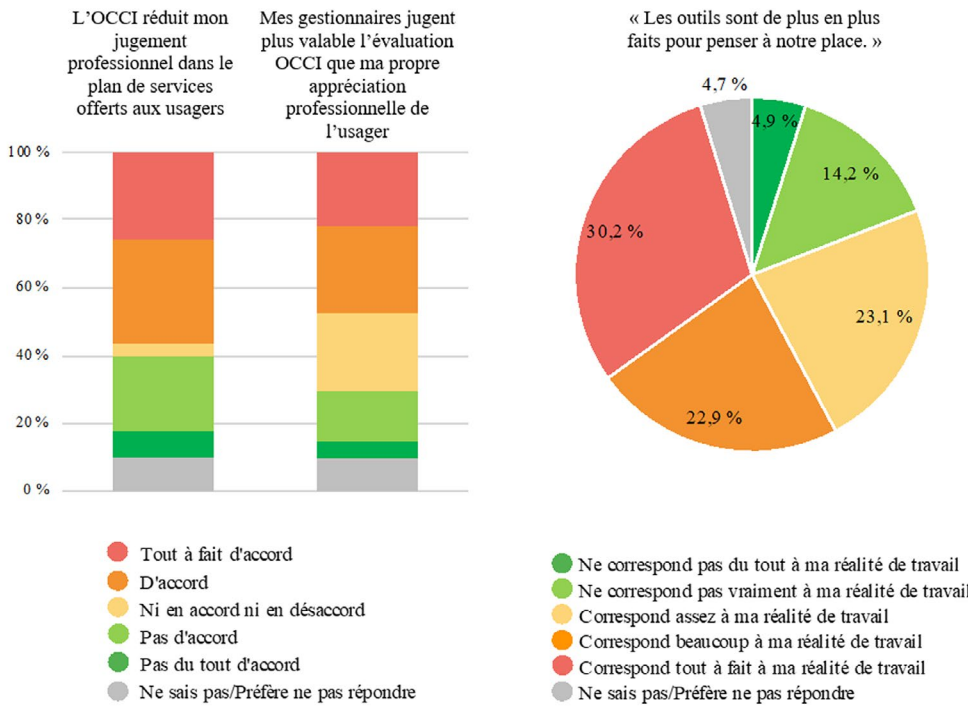
La standardisation de l'évaluation par l'OCCI est vivement critiquée par les intervenantes, qui jugent à 77,9 % que l'OCCI ne permet pas de réaliser une évaluation plus rapidement, ce qui était pourtant l'un des objectifs principaux recherchés pour accroître leur productivité. Quant à l'uniformité de l'évaluation, elle se produit à leur avis aux dépens de l'adaptabilité, 63,1 % d'entre elles estimant que cet outil n'est pas suffisamment flexible pour prendre en compte les particularités propres à chaque usager. Cela apparaît étrange puisque l'état de santé, l'entourage et le « chez-soi » de chaque usager diffèrent. À l'inverse de l'hôpital, le SAD se caractérise intrinsèquement par une différenciation dans les services offerts aux aînés.

En outre, ce mécanisme de standardisation a pour effet de limiter, voire de discréditer le jugement professionnel des intervenantes, pourtant attesté par leurs diplômes et leur appartenance à des ordres professionnels. Cet effet

de dévalorisation de l'expertise des TPL a été confirmé à plusieurs reprises dans le questionnaire, comme l'illustre la figure 3.

**Figure 3**

**Effets perçus des outils de standardisation de l'évaluation sur l'exercice du jugement professionnel des intervenantes**




L'impression que l'évaluation informatisée se substitue à leur propre jugement professionnel est renforcée lorsque le résultat de l'OCCI ne cadre pas avec les besoins réels des aînés selon les TPL. Elles doivent alors faire valoir leur évaluation auprès de leur gestionnaire, non sans embûches, particulièrement en contexte de ressources limitées. Elles sont ainsi nombreuses (62,2 %) à se reconnaître dans la description suivante : « Les budgets diminuent notre autonomie, je ne peux pas juste dire : "je pense que ce client a besoin de deux visites par jour", je me sens souvent défiée comme professionnelle. » Ces résultats font écho au rapport de 2012 de la Protectrice du citoyen, qui constatait les biais et les erreurs que peut générer l'évaluation standardisée et qui rappelait pour cette raison « que les outils informatiques, aussi performants

soient-ils, ne remplaceront jamais le jugement professionnel » (Protectrice du citoyen, 2012 : 16).

Ainsi que Diefenbach l'a relevé dans d'autres secteurs, le NMP tel qu'adopté par le réseau de la santé et des services sociaux « *seems to be less about empowerment and more about the infantilization of employees* » (2009 : 904). Cette organisation du travail qui restreint leur jugement professionnel et encadre au plus près leurs pratiques crée un sentiment de perte de pouvoir chez les intervenantes (Barbe et Bourque, 2019 : 34), doublé d'une perte de sens tandis que l'accent mis sur la performance quantitative marginalise la relation d'aide et de soin qu'elles tentent d'établir avec les usagers.

## 5. Le travail de *care* marginalisé par l'approche managériale : perte de sens professionnel et résistance

Il s'agit d'un des paradoxes les plus frappants de ce questionnaire : pour réussir à en faire plus avec moins, dans un quotidien caractérisé par une nécessité continuelle « d'éteindre des feux » (c'est-à-dire de ne répondre sans cesse qu'aux urgences, 80,8 % affirmant que cela correspond à leur réalité de travail), la relation d'aide et de soin est délaissée par les intervenantes, tandis que cela constitue pourtant le cœur de leurs professions. Notre enquête indique qu'il ne faut pas sous-estimer les contrecoups de cette dépréciation de l'expertise des travailleuses de *care*. Détecter chez une personne âgée des signes de démence (tandis que cette dernière peut ne pas s'en rendre elle-même compte ou encore tenter de les dissimuler) ou des indicateurs de possible maltraitance ou d'extorsion financière par un proche exige des compétences spécialisées – un sens de l'observation aiguisé, une délicatesse d'approche, un jugement quant à l'intervention appropriée, etc. –, mais aussi du temps. Or, l'approche managériale ne permet ni l'un ni l'autre. D'une part, le *doing more with less* dicte une cadence de travail toujours plus efficace, c'est-à-dire rapide. D'autre part, au nom de cette même efficacité, on comptabilise le nombre d'OCCI que complète une travailleuse sociale, mais la qualité de présence, d'écoute et d'analyse, qui n'est pas mesurable, ne compte pour rien. Autrement dit, les professionnelles en santé et en services sociaux n'ont plus le temps de prendre soin. À titre d'illustration, 42,7 % des répondantes jugent à des degrés divers que la mise en situation suivante (tirée d'un entretien) correspond à leur réalité de travail : « Lors d'une visite à domicile, il m'arrive qu'un usager pleure, mais que je ne pousse pas davantage la question parce

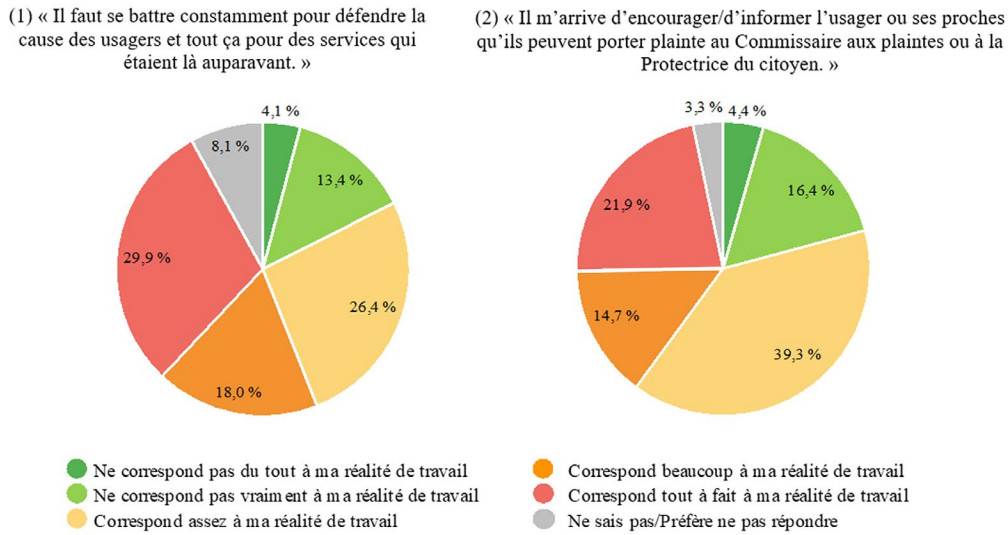
que je sais que cela me prendrait trop de temps. » Bien qu'il ne s'agisse pas d'une majorité, il demeure que quatre répondantes sur dix se reconnaissent dans cette situation déchirante où le recours à une relation d'aide serait de mise, mais où les chiffres l'emportent. Cette incohérence entre leurs normes professionnelles et les conditions réelles dans lesquelles elles exercent leur emploi peut créer une perte de sens et une démotivation professionnelle, voire une véritable souffrance éthique (Gonin, Grenier et Lapierre, 2013). D'ailleurs, questionnées quant au moral des employées au sein de leur CLSC, 61,2 % des TPL le qualifient majoritairement de bas ou très bas, 30,3 % l'estiment moyen, tandis que seulement 8,5 % le jugent bon ou très bon. Rappelons que l'enquête a été menée avant la pandémie et la détérioration des conditions de travail qui s'en est suivie.

Cette lassitude est d'autant plus éprouvante qu'elles considèrent à 66,4 % que la qualité des services offerts en SAD s'est fortement (21,9 %) ou plutôt (44,5 %) dégradée depuis leur embauche, contre 11,8 % selon qui les services se sont améliorés. Dans ce contexte, les injonctions managériales à augmenter les statistiques de productivité peuvent apparaître aux yeux des travailleuses comme déconnectées de leurs réalités de travail et de celles des aînés. À ce sujet, 89 % des répondantes ont « l'impression qu'[elles] travaille[nt] plus à rendre des comptes au gouvernement qu'aux besoins réels des personnes âgées en ce moment ».

Cela étant, elles demeurent nombreuses à s'opposer à cette dégradation des services et à y résister à des degrés divers, comme l'illustrent les réponses aux deux énoncés suivants :

**Figure 4**

**Attitudes des répondantes devant la détérioration des services**




Face à une détérioration des services offerts – services « qui étaient là auparavant » –, une part importante des TPL refusent d'abdiquer et défendent auprès de leurs supérieurs les besoins des aînés. Plus encore, devant le peu de résonance de leurs doléances à l'interne, plusieurs d'entre elles incitent les usagers et leurs familles à dénoncer cette situation à des autorités indépendantes.

Ces stratégies de résistance font écho à d'autres ayant été médiatisées pendant la pandémie, par exemple lorsque des employées ont refusé d'appliquer des protocoles de rationnement des équipements de protection qui ne respectaient pas les normes d'utilisation sécuritaire (Cox, Dickson et Marier, 2021) ou que d'autres sont devenues des lanceuses d'alertes par voie médiatique (Vallet, 2021), à travers la plate-forme électronique « Je dénonce » (Perron *et al.*, 2020) ou le canal officialisé « On vous écoute », lancé par la ministre de la Santé pour « mettre fin à l'omerta » dans le réseau (Chouinard, 2020). À l'instar de la théorie d'Hirschman (1970), parfois ces dénonciations des dysfonctionnements organisationnels à l'interne ou à l'externe (*voice*) ne suffisent plus et les TPL décident de quitter le système public, voire la profession (*exit*). La désertion de plusieurs employées en 2020-2021 peut ainsi être interprétée comme une stratégie, de survie personnelle soit, mais également de refus de participer à une situation jugée intenable

et même dangereuse. L'analyse des divulgations effectuées au plus fort de la première vague (avril-mai 2020) sur la plate-forme « Je dénonce » par Perron et ses collègues (2020) met d'ailleurs en évidence que plusieurs des faiblesses du réseau de la santé et des services sociaux pointés du doigt pendant la pandémie étaient déjà bien présentes avant mars 2020, que l'on pense à la hiérarchie et à la centralisation organisationnelles, à la surcharge de travail et au manque de ressources, ou à la pénurie et à la rotation de personnel. Ces différentes caractéristiques sont aussi relevées par les répondantes de notre questionnaire comme des facteurs nuisant au fonctionnement du SAD (pour plus de détails, consulter Benoit, Perron et Lévesque, 2021).

À la lumière du portrait dépeint par les intervenantes, on s'étonne de ce que tant d'entre elles demeurent loyales (la *loyalty* d'Hirschman, 1970) à l'organisation. La crise pandémique a cristallisé les problèmes multiples de ce système déjà sous haute tension bien avant 2020, et le gouvernement a pris des actions pour tenter d'y répondre à court terme (décret pour endiguer l'exode des travailleuses, embauche massive, augmentation salariale à certains corps d'emploi, etc.). À moyen et à long terme cependant, la parole des professionnelles qui ont répondu à ce questionnaire nous incite à envisager d'autres voies de solution pour l'avenir.

## 6. Réflexions sur l'après-crise : un appel à revenir à ce qui constitue le cœur de ces professions, la relation d'aide et de soin

Cette enquête nous permet de réfléchir à l'après-crise pandémique, aux leçons qu'il nous faut en tirer et au système de santé et de services sociaux public que nous désirons édifier pour la suite. Les dettes colossales contractées par les gouvernements pour faire face à la pandémie ne manqueront pas de ramener à l'avant de la scène politique l'injonction à l'austérité budgétaire, qui passera à n'en pas douter par une culture de l'efficience et une logique du « *doing more with less* ». Or, les résultats du questionnaire mettent en exergue les limites du modèle managérial appliqué aux métiers du *care*, et on peut se demander, à la suite de Puissant (2012 : 115), si les services aux personnes vulnérables sont des « "produits" comme les autres » :

> Est-il possible de dégager des gains de productivité substantiels dans ce secteur, en contrôlant, chronométrant, et établissant des procédures précises de production ? Ou bien ne change-t-on pas par là la nature même des activités réalisées ?

C'est à nos yeux l'une des conclusions les plus préoccupantes de cette enquête : les TPL ont de moins en moins le sentiment d'exercer leur véritable métier. Cela est alarmant puisque l'intensification managériale du travail peut conduire à une main-d'œuvre du secteur public à haut rendement (du moins sur papier), mais à faible engagement, donc propice à engendrer un roulement, un épuisement et une désertion professionnels (Diefenbach, 2009 : 904). Or, une étude menée en 2015 auprès de milliers de *street-level bureaucrats* montre que l'une des variables tempérant ce désengagement est le degré d'attachement au service public (*public service motivation*) des individus, ceux ayant « *an intrinsic, altruistic intention to contribute to their community and strongly believe in public values* » (Shim, Park et Eom, 2017 : 568) étant plus susceptibles de demeurer en poste malgré les conditions exigeantes. Cela va également dans le sens des conclusions des travaux sur les services sociaux à l'ère managériale pilotés par Bourque et Grenier, pour qui « un *ethos* des services publics souscrivant à des valeurs de solidarité, d'engagement et de respect mutuel [...] peut se révéler un contrepoids à la démobilisation, à la morosité ambiante et à l'absentéisme au travail » (2018 : 284). Ainsi, au-delà de l'adoption de décrets coercitifs pour endiguer l'exode des travailleuses vers le secteur privé, le gouvernement pourrait plutôt se pencher sur les façons de nourrir, voire de réinstaurer cet *ethos* du service public.

À cet effet, nos résultats laissent entrevoir que la motivation des intervenantes pourrait être fortement accrue si on leur laissait, tout simplement, exercer le métier pour lequel elles se sont engagées et ont été formées : la relation d'aide et de soin. En reconnaissant leur expertise à travailler avec des êtres humains (plutôt que sur une chaîne de montage), à réaliser des évaluations fines et adaptées (plutôt que standardisées) et à mettre en œuvre des interventions globales et complexes (plutôt qu'une série d'actes mesurables appelés à être effectués toujours plus rapidement), on peut présumer que l'exercice de leur travail et la qualité des services offerts s'en trouveraient rehaussés. Cela constituerait certes une révolution postmanagériale du réseau de la santé et des services sociaux, mais n'est-ce pas ce que le monde « de l'après » mérite ?

—

## Bibliographie

Barbe, Mylène et Mélanie Bourque. 2019. « Les travailleuses sociales et les obstacles à la contestation de la norme managériale », *Sciences et actions sociales*, 11, 1 : 29-41.

Benoit, Maude. 2017. « Les frontières mouvantes des politiques de maintien à domicile. Reconfiguration de l'action sociale de l'État en France et au Québec », *Lien social et Politiques*, 79 : 35-52.

Benoit, Maude, Léonie Perron et Gabriel Lévesque. 2021. *Aux premières lignes du soutien à domicile. Une enquête auprès de 697 travailleuses du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées à travers le Québec*. Montréal, État 21/Département de science politique/Université du Québec à Montréal.

Billaud, Solène, Loïc Trabut et Florence Weber. 2014. « L'échec du modèle industriel », dans Florence Weber, Loïc Trabut et Solène Billaud (dir.). *Le salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui*. Paris, Éditions Rue d'Ulm : 41-46.

Bourque, Denis. 2009. « Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec », *Colloque européen du Réseau REFUTS : « Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires »*, Toulouse, Université Toulouse 2, 2 et 3 juillet.

Bourque, Mélanie et Josée Grenier. 2018. « Conclusion », dans Josée Grenier et Mélanie Bourque (dir.). *Les services sociaux à l'ère managériale*. Québec, Presses de l'Université Laval : 275-286.

Brodkin, Evelyn Z. 2011. « Policy Work: Street-Level Organizations Under New Managerialism », *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21, Supplement 2 : i253-i277.

Brodkin, Evelyn Z. 2012. « Reflections on Street-Level Bureaucracy: Past, Present, and Future », *Public Administration Review*, 72, 6 : 940-949.

Brodkin, Evelyn Z. 2013. « Street-Level Organizations and the Welfare State », dans Evelyn Z. Brodkin et Gregory Marston (dir.). *Work and the Welfare State: Street-Level Organizations and Workfare Politics*. Georgetown, Georgetown University Press : 17-34.

Brugère, Fabienne. 2020. « Le *care* à l'épreuve du néolibéralisme », dans Sophie Bourgault, Sophie Cloutier et Stéphanie Gaudet (dir.). *Éthiques de l'hospitalité, du don et du* care. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa : 179-201.

Carrier, Annie, Mélanie Levasseur, Andrew Freeman et Johanne Desrosiers. 2016. « Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapiques », *Santé publique*, 28, 6 : 769-780.

Chouinard, Tommy. 2020. « "Fin de l'omerta" en santé : 1791 dénonciations reçues », *La Presse*, 22 mai 2020. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-05-22/fin-de-l-omerta-en-sante-1791-denonciations-recues>. Page consultée le 15 janvier 2022.

Cox, Robert Henry, Daniel Dickson et Patrik Marier. 2021. « Resistance, Innovation, and Improvisation: Comparing the Responses of Nursing Home Workers to the COVID-19 Pandemic in Canada and the United States », *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 23, 1 : 41-50.

Dias, Janice Johnson et Steven Maynard-Moody. 2006. « For-Profit Welfare: Contracts, Conflicts, and the Performance Paradox », *Journal of Public Administration Research and Theory*, 17, 2 : 189-211.

Diefenbach, Thomas. 2009. « New Public Management in Public Sector Organizations: The Dark Sides of Managerialistic "Enlightenment" », *Public Administration*, 87, 4 : 892-909.

Ennuyer, Bernard. 2014. *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*. Paris, Dunod.

Fortier, Isabelle. 2010. « La modernisation de l'État québécois : la gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme », *Nouvelles pratiques sociales*, 22, 2 : 35-50.

Gimbert, Virginie et Guillaume Malochet. 2011. *Organiser la prise en charge à domicile et en établissement*. Paris, Centre d'analyse stratégique.

Gofen, Anat et Gabriela Lotta. 2021. « Street-Level Bureaucrats at the Forefront of Pandemic Response: A Comparative Perspective », *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 23, 1 : 3-15.

Gonin, Audrey, Josée Grenier et Josée-Anne Lapierre. 2013. « La souffrance éthique au travail. L'éthique du *care* comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux », *Reflets*, 19, 2 : 85-110.

Goudreau, Marjolaine et Natalie Stake-Doucet. 2020. « Le système de santé québécois mis en échec », *La Presse*, 20 novembre 2020. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-11-20/le-systeme-quebecois-de-sante-mis-en-echec.php>. Page consultée le 15 janvier 2022.

Grenier, Josée, Isabelle Marchand et Mélanie Bourque. 2021. « Les services de soutien à domicile au Québec. Une analyse des réformes (1980-2020) », *Nouvelles pratiques sociales*, 32, 1 : 26-46.

Harel, Louise. 2020. « L'échec des méga-établissements en santé », *Le Devoir*, 25 avril 2020. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/577689/l-echec-des-mega-etablissements>. Page consultée le 15 janvier 2022.

Hirschman, Albert O. 1970. *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, Harvard University Press.

Hoggett, Paul. 1996. « New Modes of Control in the Public Service », *Public Administration*, 74, 1 : 9-32.

Lessard, Denis. 2020. « Les CIUSSS et la lourde centralisation », *La Presse*, 21 avril 2020. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-04-21/les-ciusss-et-la-lourde-centralisation>. Page consultée le 15 janvier 2022.

Lipsky, Michael. 2010. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. 2e édition. New York, Russell Sage Foundation.

Marston, Gregory. 2013. « Frontline Workers As Intermediaries: The Changing Landscape of Disability and Employment Services in Australia », dans Evelyne Z. Brodkin et Gregory Marston (dir.). *Work and the Welfare State: Street-Level Organizations and Workfare Politics*. Washington, Georgetown University Press : 209-225.

Meyers, Marcia K. et Susan Vorsanger. 2007. « Street-Level Bureaucrats and the Implementation of Public Policy », dans Guy B. Peters et Jon Pierre (dir.). *The Handbook of Public Administration*. London, Sage : 153-163.

Molinier, Pascale. 2010. « Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du *care* », *L'Esprit du temps*, 2, 58 : 161-174.

Moraros, John, Mark Lemstra et Chijioke Nwankwo. 2016. « Lean Interventions in Healthcare: Do They Actually Work ? A Systematic Literature Review », *International Journal for Quality in Health Care*, 28, 2 : 150-165.

Papuchon, Adrien. 2018. « Ce qu'Alis nous dit de ses amis. L'effet de désirabilité sociale et sa variabilité au prisme de questions portant sur une prestation sociale fictive », *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de méthodologie sociologique*, 137-138, 1 : 120-139.

Pelchat, Yolande, Romaine Malenfant, Nancy Côté et Julie Bradette. 2004. *La pratique de l'intervention sociale et psychosociale en CLSC. Identités et légitimités professionnelles en transformation*. Québec, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières.

Perron, Amélie, Caroline Dufour, Emily Marcogliese et Marilou Gagnon. 2020. « La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19 : une analyse de contenu de la plate-forme "Je dénonce" », *Aporia*, 12, 1 : 76-90.

Pressman, Jeffrey L. et Aaron Wildavsky. 1973. *Implementation: How Freat Expectations in Washington are Dashed in Oakland*. Berkeley, University of California Press.

Protectrice du citoyen. 2012. *Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen. Chez soi : toujours le meilleur choix ? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante*. Québec, Protecteur du citoyen.

Puissant, Emmanuelle. 2012. « Le travail et l'organisation du travail dans les associations d'aide à domicile, entre industrialisation et résistances », dans Francesca Petrella (dir.). *Aide à domicile et services à la personne. Les associations dans la tourmente*. Rennes, Presses universitaires de Rennes : 101-115.

Riccucci, Norma M. 2005. *How Management Matters: Street-Level Bureaucrats and Welfare Reform*. Washington, Georgetown University Press.

Shim, Dong Chul, Hyun Hee Park et Tae Ho Eom. 2017. « Street-Level Bureaucrats' Turnover Intention: Does Public Service Motivation Matter ? », *International Review of Administrative Sciences*, 83, 3 : 563-582.

Touzin, Caroline, Ariane Lacoursière, Philippe Teisceira-Lessard et Katia Gagnon. 2020. « Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique », *La Presse*, 2 mai 2020. <https://www.lapresse.ca/actualites/enquetes/2020-05-02/reseau-de-la-sante-le-mastodonte-bureaucratique>. Page consultée le 15 janvier 2022.

Vallet, Stéphanie. 2021. « Des résidents du CHSLD Saint-Laurent enfermés pendant des mois dans leur chambre », *Le Devoir*, 5 mars 2021. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/596393/le-devoir-enquete-enfermes-pendant-des-mois-dans-leur-chambre>. Page consultée le 15 janvier 2022.

## Notes

1 Dans le but d'alléger le texte, le féminin englobe ici le masculin.

2 Nous tenons à remercier ces organisations pour leur grande aide dans la diffusion du sondage.

3 Trois critères d'exclusion ont été appliqués : (1) Les répondantes n'ayant pas accepté le formulaire de consentement; (2) celles ayant indiqué ne pas travailler ni avoir travaillé en SAD; (3) celles ayant complété moins de 5 des 10 sections du questionnaire.

4 Les régions du Bas-Saint-Laurent (+ 5,5 %), de l'Estrie (+ 7 %) et du Saguenay–Lac-Saint-Jean (+ 5,7 %) sont légèrement surreprésentées, et Montréal (- 7,9 %) est légèrement sous-représentée. Les dernières données disponibles de l'Institut de la statistique du Québec ont été utilisées pour produire les estimations.

5 Exemples : éducation spécialisée, nutrition.

# Les masques de la reconnaissance

## Le travail d'intervenante à domicile durant la crise sanitaire de la COVID-19[1]

**THOMAS BONNET**
Sociologue, maître de conférences — Université Lyon 2
Chercheur au Centre Max Weber

**JULIE PRIMERANO**
Sociologue, chercheuse associée au 2L2S — Université de Lorraine

—

La crise sanitaire de la COVID-19 est une crise systémique (Bergeron *et al.*, 2020). D'une part, parce qu'en tant que pandémie, elle a une incidence sur l'équilibre mondial et bouleverse les rapports habituels entre les nations. D'autre part, parce que cette crise n'agit pas uniquement sur le plan sanitaire, mais affecte également les dimensions économiques, politiques ou organisationnelles. De fait, la crise de la COVID-19 incarne bien ce que désigne en premier lieu la notion de crise, à savoir un blocage des capacités d'action ordinaires (Dubar, 2011) et une incertitude prégnante des routines institutionnalisées (Giddens, 2005). Fait social total au sens maussien du terme, la crise sanitaire, à travers notamment la stupeur qu'elle a suscitée à l'occasion de la première vague (Agier, 2020), a limité nos capacités à nous référer à un déjà-là. L'une des crispations importantes vécues au cours de cette crise s'est concentrée autour d'un objet particulier : le masque de protection respiratoire.

Plus qu'un des éléments de la crise parmi d'autres, le problème des masques semble révélateur de tensions sous-jacentes, que la pandémie a cristallisées dans le débat public et politique à travers un registre guerrier. La question largement débattue des travailleurs envisagés comme « essentiels », puisqu'exerçant une « activité essentielle » et devant ainsi bénéficier en priorité des équipements de protection (EP) comme le masque, conduit également

à interroger les enjeux de reconnaissance dans le travail. Cette thématique, en entremêlant les niveaux macro, méso et micro sociologiques (Wieviorka, 2013), paraît une clé de lecture pertinente pour appréhender ce que la crise fait au travail. En tant que besoin fondamental des individus pour nourrir leur identité individuelle et sociale (Honneth, 2000), la problématique de la reconnaissance invite à réfléchir aux effets des places assignées ou revendiquées. La participation à la vie sociale est un besoin essentiel qui permet d'inscrire le sens de son activité (ici professionnelle) dans un ensemble plus vaste (Fraser, 2011). Dès lors, définir l'activité de certains travailleurs comme étant plus essentielle que d'autres n'est pas sans conséquence sur l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes, et plus globalement sur leur santé (Canguilhem, 1999). En cela, si la reconnaissance sociale de ce qu'accomplit l'individu en milieu professionnel est une condition de santé étroitement liée aux dimensions organisationnelles et matérielles du travail, son absence ou son déni peut avoir des conséquences délétères (Siegrist, 2004).

Cet article aborde la façon dont, malgré une reconnaissance incertaine de leur activité professionnelle, des travailleurs ont dû composer quotidiennement avec le risque sanitaire tant pour eux que pour les autres. C'est entre autres le cas des intervenantes à domicile[2] (auxiliaires de vie et aides-ménagères; IAD dans la suite du texte), sur lequel porte notre analyse. Tantôt considérées par le gouvernement français comme travaillant en première ligne, tantôt en deuxième, elles ont dû opérer avec une double difficulté : d'une part, faire avec la pénurie de masques et, d'autre part, articuler des injonctions contradictoires, à savoir se prémunir d'une contamination (pour elles ou leur entourage), tout en n'abandonnant pas les publics vulnérables dont elles s'occupaient.

Nous proposons d'éclairer cette tension entre exigences sanitaires et exigences morales par une analyse de la reconnaissance professionnelle des IAD. En croisant différents niveaux d'action et de régulation, l'article met en lumière les attentes de ces travailleuses dans un contexte atypique d'engagement de leur santé, à l'aune des revendications politiques exprimées plus largement par différentes structures associatives et syndicales. Ces revendications rencontrent des inégalités matérielles et symboliques qu'illustrent de façon emblématique les IAD, forme particulière et féminine de « précariat » contemporain. Dès lors, que donnent à voir les enjeux propres à la crise de reconnaissance en situation de pénurie d'EP dont les masques ont été le symbole ? La reconnaissance sera entendue dans son acception large,

recouvrant à la fois les notions de reconnaissance matérielle (EP), financière (primes) et symbolique. Cette approche permet de mettre en perspective une réflexion sur la reconnaissance dans le quotidien du travail avec les implications d'une éventuelle réparation d'une exposition professionnelle à un agent délétère, comme l'est le SARS-CoV-2.

La première partie de cet article interroge la gestion étatique, organisationnelle et individuelle des masques au début de la crise. La deuxième partie aborde la problématique de la reconnaissance des IAD à la sortie du premier confinement à travers, notamment, la question du mérite au travail induite par la rhétorique gouvernementale. Cette difficile reconnaissance s'exprime entre autres par « l'affaire Anthony Smith », et conduit finalement à observer le recours – ou le repli – des IAD sur la ressource classique qu'est la reconnaissance des bénéficiaires. Enfin, l'article quitte le temps de la crise du premier confinement pour interroger le travail des IAD dans l'« après-crise », déplacement qui nous amènera à discuter, d'une part, de la reconnaissance financière matérialisée particulièrement par la prime COVID-19 à la fin de l'année 2020 et, d'autre part, des possibilités d'une réparation dont les jalons restent alors largement à poser.

## Encart méthodologique

Cette contribution s'appuie sur plusieurs recherches empiriques, dont la principale est une étude sociologique menée en collaboration avec l'INRS auprès d'IAD, débutée en 2019 et poursuivie jusqu'à la rédaction de cet article, et qui s'intéresse aux pratiques de prévention en santé et sécurité au travail dans l'aide à domicile. De façon complémentaire, nous puisons dans deux études réalisées notamment auprès de médecins du travail et de médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT). La première est un travail de thèse consacré à la réparation de certains maux du travail (Primerano, 2019). La seconde, collective mais d'envergure modeste, interrogeait le travail des médecins du travail et des MIRT, parmi d'autres groupes professionnels, pendant la crise de la COVID-19 (Bonnet *et al.*, 2021).

L'enquête de terrain dans le secteur de l'aide à domicile s'est effectuée en trois temps. Elle se fonde sur une approche longitudinale au sein de deux agences d'un même réseau marchand d'aide à domicile, que nous nommons fictivement Bedom pour « Bien-être à domicile ». Bedom est une entreprise présente en France à travers 60 agences (succursales et franchises) salariant

plus de 2 000 personnes. Les deux agences observées (agences M et O) sont situées dans deux grandes villes métropolitaines. L'encadrement de chaque agence est composé d'une responsable et de deux coordinatrices[3]. À l'instar des multiples entreprises du secteur, ces deux agences souffrent d'un sous-effectif chronique (Dussuet, Nirello et Puissant, 2017), d'une sinistralité importante (Gayet, 2016) et d'une forte rotation du personnel (Lada, 2011). Les IAD des agences O et M partagent des caractéristiques sociologiques significatives : ce sont des femmes, d'une moyenne d'âge de 45 ans, souvent peu, voire pas qualifiées et issues de milieux sociaux modestes.

Le premier temps de la recherche fut une immersion de 41 jours réalisée en 2019 au sein de Bedom. La méthodologie qualitative mobilisée a consisté à passer du temps en agence et à accompagner un panel de 23 IAD volontaires afin d'ethnographier leur activité *in situ*, à domicile. Ce premier recueil de données a permis de cumuler 328 h d'observation et 63 h d'entretiens systématiquement enregistrés sur dictaphone. De mai 2020 à juin 2020, une série d'entretiens téléphoniques a été conduite auprès d'une responsable d'agence et de 4 IAD. D'une heure environ chacun, ces entretiens ont également été enregistrés sur dictaphone. Enfin, le troisième temps de la recherche fut celui de nouvelles sessions ethnographiques réalisées à l'agence M (juillet 2021) et à l'agence O (août 2021) permettant de recueillir près de 80 h d'observations, d'interroger une dizaine d'IAD, d'en accompagner 5 lors de leurs interventions à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et d'enregistrer au total 11 h d'entretiens sur dictaphone.

Pour les besoins de l'article, nous mobilisons également une campagne d'entretiens menée auprès de MIRT. Il s'agissait notamment de comprendre comment leur travail de prévention se trouvait affecté – ou non – par la crise, et en particulier d'appréhender les pratiques mises en place pour venir en soutien aux entreprises dans un contexte de préconisations instables. Trois entretiens téléphoniques de plus d'une heure chacun ont été conduits avec des MIRT alors que le premier confinement touchait à sa fin (mai-début juin 2020).

Nous avons également compilé et analysé plus de 100 documents portant sur l'épidémie et sa gestion afin de discerner les différentes tentatives de cadrage de la crise qui ont opposé les structures associatives, syndicales et le gouvernement autour du périmètre de la réparation des *victimes*. Ces processus de définition des responsabilités face aux contaminations et aux

décès qui ont pu en résulter, particulièrement problématiques dans un contexte de pénurie d'EP, illustrent différents types d'attentes vis-à-vis de l'action de l'État.

## 1. Travailler en temps de COVID : faire face à la pénurie d'équipements de protection

### 1.1 D'une crise à l'autre. La pénurie des masques, de l'État à l'entreprise

Selon la Commission d'enquête COVID-19 présidée par Alain Milon (Deroche, Jomier et Vermeillet, 2020), la gestion française des masques relève d'un « fiasco ». Fruit d'une disparition programmée des masques FFP2 dès le début des années 2010 (lesquels sont passés de 700 millions à 700 000 en 2016), le manque de masques appropriés se fait cruellement sentir lorsque les premiers malades de la COVID-19 commencent à s'accumuler dans les hôpitaux français, début mars 2020. En outre, le non-remplacement de 600 millions de masques chirurgicaux déclarés non conformes en 2018 n'a laissé qu'un stock de 100 millions de masques disponibles au début de la première vague. En sus d'une pénurie « sciemment dissimulée par le Gouvernement durant la crise » (Deroche, Jomier et Vermeillet, 2020 : 109), les moyens mis en œuvre pour se procurer des ressources de protection ont fait l'objet de nombreuses critiques, notamment en ce qui concerne leur coût ou leurs incidences[4]. Les réquisitions opérées[5] ont pu, par exemple, engendrer de vives tensions entre l'État et les collectivités territoriales, conduisant à une suspicion réciproque fragilisant les dynamiques de collaboration en période de crise.

La pénurie de masques a notamment affecté de façon directe le travail de professionnelles comme les IAD. Ces dernières, ainsi que le secteur de l'aide à domicile en général, ont connu, comme les soignants en EHPAD ou travaillant à l'hôpital, d'importantes difficultés pour se procurer des masques lors de la première vague pandémique. Cependant, la situation de l'aide à domicile doit être explicitée, dans la mesure où les ressources diffèrent en fonction du mode d'exercice de l'activité. En effet, les professionnelles exerçant de gré à gré auprès d'un particulier employeur et celles travaillant pour une entreprise d'aide à domicile ne disposent pas des mêmes moyens. Les IAD employées par une entreprise bénéficient de ressources organisationnelles et du soutien d'une structure, voire d'un groupe d'entreprises à l'instar de Bedom, dont ne jouissent pas les premières. La capacité à se procurer des EP

ne fut pas la même lors du premier confinement – ce qui explique, par ailleurs, que seules les aides à domicile travaillant en emploi direct ont été intégrées, lors du deuxième confinement, aux décisions d'État relatives à la gratuité des masques délivrés en pharmacie. Pour les autres, salariées d'une entreprise, il a fallu composer avec les difficultés des agences à se procurer des masques et jongler entre l'aide des conseils départementaux, grevée par les réquisitions d'État, et leur capacité propre à en trouver. Concrètement, pour Bedom, la crise sanitaire s'est particulièrement manifestée dans deux aspects.

Le premier est l'arrêt pur et simple des activités ne concernant pas un public vulnérable. Une inégalité de traitement s'est alors imposée entre les aides-ménagères et les auxiliaires de vie. Les premières ont souvent été mises au chômage partiel, puisque les activités « non essentielles » étaient à l'arrêt. Les secondes, intervenant auprès de personnes dépendantes, pouvaient maintenir leur prestation à un rythme quasi « normal ». Pour répondre à cette situation, Bedom a établi un roulement des IAD et une réorganisation de l'activité fondée sur le volontariat du personnel. De fait, une alternance de 14 jours de travail et de 14 jours de chômage partiel a été la norme au sein des agences. Cela a permis d'assurer le roulement du personnel de même qu'un traitement plus égalitaire tout en procédant à une quatorzaine préventive des IAD, cohérente avec la recommandation des autorités de santé d'alors. Toutefois, ce protocole comportait une double limite : d'une part, les IAD, même confinées chez elles pendant deux semaines, pouvaient avoir des contacts physiques avec les personnes partageant leur foyer, certaines d'entre elles continuant à travailler. D'autre part, ces roulements ont parfois été refusés par des bénéficiaires réclamant le maintien à temps plein de « *leur* » intervenante.

La question des EP, et notamment des masques chirurgicaux, illustre un second aspect de la situation de crise à Bedom. L'entreprise a rationné le stock de masques à sa disposition tout en cherchant à s'en procurer d'autres, non sans difficultés. Les IAD se sont vu alors confier une nouvelle tâche (souvent infructueuse) : passer régulièrement en pharmacie pour trouver des masques disponibles à l'achat. Chaque agence distribuait donc un nombre de masques chirurgicaux sur la base d'un ratio entre masques disponibles et nombre d'interventions prévues dans la semaine. Les deux agences observées n'étant pas dotées pareillement, des différences sont apparues : l'une des agences distribuait un masque par jour quand l'autre en fournissait deux.

## 1.2 Expertise profane et réorganisation du travail : les solutions professionnelles des IAD

Cette pénurie d'EP a eu trois conséquences importantes. D'abord, le manque de masques chirurgicaux, et dans une moindre mesure de gel hydroalcoolique, a contribué à entretenir la peur de la contamination chez les IAD. La crainte qui les tenaille durant la période du premier confinement est souvent moins celle de tomber malade (notamment pour les plus jeunes) que de contaminer leur entourage et les bénéficiaires :

> J'ai surtout peur de contaminer les autres. J'ai peur d'être porteur sain. Beaucoup de mes bénéficiaires ont des problèmes respiratoires. Imaginons que je l'ai et que je le transmets à un de mes bénéficiaires… j'en ai une qui partait en chimio… au niveau de ses anticorps, c'est pas tip-top ! (Auxiliaire de vie, 19 ans)

On observe dès lors une gestion des masques propre à chaque IAD, celles-ci ajustant l'utilisation de cet équipement de protection différemment selon les bénéficiaires côtoyés. En situation de pénurie, les IAD ont ainsi dû apprécier leur usage des masques en fonction de leur situation personnelle, mais surtout en fonction de l'état de santé, du comportement et du degré d'inquiétude des bénéficiaires. Certaines IAD ne l'ont pas systématiquement porté au domicile des bénéficiaires, réservant leur « maigre » stock pour les interventions chez celles et ceux qu'elles estimaient les plus vulnérables. Cette élaboration d'une expertise sur le risque reposant sur une hiérarchisation des vulnérabilités témoigne plus généralement d'un travail d'organisation (Terssac, 2011) opéré par les IAD : elles ont réorganisé leur activité en fonction des contraintes perçues et de leur représentation du risque sanitaire. Ainsi, malgré l'absence ou l'arrivée tardive de protocoles fournis par l'entreprise[6], les IAD ont élaboré *leurs* propres règles sanitaires afin de composer avec la présence du virus :

> (Enquêteur) — L'agence vous a appelée pour vous dire : « Pensez à bien mettre en œuvre les gestes barrières ? »
>
> (IAD) — Non, ce n'est pas par téléphone. On m'a envoyé des fiches techniques pour dire comment faire. Je ne les ai même pas ouvertes, parce que je sais de quoi ça parle. Je vois assez à la télé : faut respecter la distance ! Faut laver les mains ! Je savais déjà, voilà (elle rit) ! Je lave mes mains en entrant, en sortant. Je n'arrête pas de me laver les mains. Quand j'arrive chez un bénéficiaire, je ne l'approche pas. Je me lave les

> mains. Je la laisse à distance. Après je mets mes gants. Si j'ai un masque, je le mets. Mais ces derniers temps, je n'en ai pas, donc je ne mets pas de masque… je ne fais pas bisous, je ne serre pas la main. J'ai les clés, donc ce n'est pas eux qui m'ouvrent les portes. Je fais ce que j'ai à faire. Même quand je pars, je laisse la distance d'un mètre. (Auxiliaire de vie, 32 ans)

En outre, les IAD ont cherché à compenser la pénurie de masques en mobilisant leurs réseaux de connaissances et les ressources dont elles disposaient pour s'en procurer. Par exemple, certaines d'entre elles ont pu profiter de leurs relations avec le personnel qu'elles côtoient en EHPAD pour récupérer, çà et là, quelques masques. D'autres ont pu en emprunter auprès de bénéficiaires disposant d'un stock suffisant. Enfin, des IAD ont bénéficié de gestes de solidarité en obtenant des masques fabriqués par leur voisinage :

> Moi, je n'ai pas attendu l'agence pour qu'elle me donne un masque. […] Ma voisine m'a proposé un masque. Elle a frappé à ma porte. Elle me voyait sortir. Des fois avec masque, des fois non. Elle m'a dit : « Si j'ai bien compris, vous travaillez toujours ? » Je lui ai dit que j'étais aide à domicile. Elle m'a dit : « Si vous voulez, je vous fais un masque. J'ai reçu des tissus, je vous fais un masque. » Il est un peu épais. Je ne sais pas s'il protège, mais moralement il me rassure. C'est psychologique, quoi ! (Aide-ménagère, 42 ans)

On le voit, la crise sanitaire est une crise systémique qui affecte les décideurs comme les opérateurs, ces derniers étant amenés à développer des stratégies « locales » du fait de l'incertitude et du manque de consignes convergentes et stables. Dès lors, si nombre de travailleurs ont pu, grâce à leur « intelligence pratique » (Dessors, 2009), réagir en palliant les blocages d'action que porte en elle la crise, la reconnaissance de ce « double travail » semble avoir été inégale selon les catégories professionnelles.

## 2. Pendant la crise : une reconnaissance masquée pour des travailleuses démasquées

### 2.1 Des travailleurs plus méritants ?

Très tôt dans le discours public, les travailleurs ont fait l'objet d'un processus de classement. Le 14 mars 2020, un *Arrêté portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus COVID-19* (et complété durant les trois jours suivants par arrêtés successifs) distinguait ceux qui occupaient

une activité essentielle ou « indispensable à la vie de la nation » de ceux qui pouvaient voir leur travail s'interrompre ou être réalisé à leur domicile. La rhétorique martiale – « Nous sommes en guerre » – employée par le président de la République dès son allocution du 16 mars dessinait alors une frontière entre celles et ceux qui se trouvaient *au front* et celles et ceux qui étaient *à l'arrière*. Différentes distinctions ont été établies entre les travailleurs qui exerçaient une activité définie comme essentielle, les plus exposés au virus étant considérés comme « en première ligne ». Le ministère du Travail, à travers la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (Amossé *et al.*, 2021), qui reprend cette classification, range exclusivement les professions médicales dans les travailleurs de première ligne. La catégorie des activités de deuxième ligne est plus hétérogène. Elle regroupe en effet plus de 4,6 millions de salariés du secteur privé, répartis dans 17 professions, parmi lesquelles les aides à domicile. Cette représentation sociale, politiquement et administrativement institutionnalisée, s'est imposée au fil des différentes prises de parole politiques pour devenir une doctrine.

L'analogie guerrière conduit à considérer son prolongement, c'est-à-dire la reconnaissance de l'engagement de celles et ceux qui ont été, plus ou moins explicitement, désignés comme les soldats de cet affrontement. Certes, l'action politique souligne, à l'image du *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes du COVID-19*, « la nécessité d'acter le lien entre l'indemnisation et le service rendu à la nation par des personnes qui n'ont pu rester confinées » (Féret, 2020 : 6). Toutefois, ce calcul théorique n'intègre pas les inégalités symboliques et matérielles entre les différents métiers ainsi exposés. Pourtant, celles-ci n'ont pas été sans incidence sur l'exposition au risque sanitaire et les moyens de se protéger. Comme le signalait la sociologue et philosophe Dominique Méda dans un entretien accordé à *France Culture* à la fin mars 2020 (Petillon, 2020), certains métiers, souvent féminins et peu qualifiés, comme l'aide à domicile, ont été promus au rang « d'activités essentielles », à l'instar de métiers hautement qualifiés (médecins, cadres, etc.), sans toutefois bénéficier des mêmes capitaux symboliques et économiques, ni de la même facilité d'accès aux moyens de protection. L'affaire Anthony Smith illustre bien la complexité de la reconnaissance au sein du secteur de l'aide à domicile.

## 2.2 L'affaire Anthony Smith et les « absentes de la photo »

Anthony Smith est un inspecteur du travail rémois sanctionné après avoir demandé à une association d'aide à domicile du Grand Est, une région alors particulièrement affectée par les contaminations à la COVID-19, de fournir des masques à ses salariées. Dès le début de la crise sanitaire, à la mi-mars 2020, Anthony Smith travaille avec une association d'aide à domicile, qui connaît une situation similaire à celle de Bedom : elle dispose de très peu de masques. Selon certaines salariées de l'association, celle-ci leur distribuait au début de la crise 3 masques par semaine, puis 9 masques à partir du début avril. Dans tous les cas, les consignes sanitaires d'un changement toutes les 4 heures pour les intervenantes travaillant à temps plein ne sont pas respectées[7]. La collaboration entre l'inspecteur du travail et la direction de l'association se passe mal, cette dernière estimant que les injonctions de Smith l'empêchent de travailler. Toutefois, le 9 avril, elle reconnaît le risque sanitaire qu'encourent ses salariés, en inscrivant dans le document unique d'évaluation des risques professionnels[8] le risque biologique lié à la COVID-19 et les masques FFP2 comme moyen de prévention. Anthony Smith interroge l'existence d'autres EP (surblouse, visière, etc.) et demande si les bénéficiaires portent des masques. Il n'obtient pas de réponse. Le lendemain, le 10 avril, 4 salariées sur les 150 de l'association font valoir leur droit de retrait. Le 15 avril, Anthony Smith procède au dépôt d'un référé au tribunal judiciaire de Reims, à l'instar de la démarche effectuée par une de ses homologues lilloises à l'encontre d'une association d'aide à domicile une semaine auparavant. Quelques heures après le dépôt du référé, il est mis à pied 4 mois pour faute grave. Selon le journal *Libération*, « [s]a direction l'avait alors sanctionné pour avoir "méconnu de manière délibérée, grave et répétée, l'autorité centrale de l'Inspection du travail" et plus particulièrement avoir "manqué de discernement dans la période actuelle de crise sanitaire", en pleine pénurie de masques » (Lecadre, 2021). Cette mise à pied conduira à une mutation et à un limogeage de son poste d'inspecteur.

L'histoire est en réalité plus complexe, car les défenseurs de Smith dénoncent, courriels à l'appui, une collusion entre le directeur de l'association et la tutelle de Smith, l'ex-Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) du Grand Est. L'intersyndicale qui se constitue pour soutenir l'inspecteur du travail et l'ancien secrétaire général de la CGT estime qu'il s'agit d'une répression syndicale déguisée (Knaebel, 2021). Le 9 septembre 2020, la ministre du

Travail réintègre le fonctionnaire, mais maintient sa mutation dans la région. Cette affaire a participé à problématiser la reconnaissance professionnelle et sociale des IAD et à politiser cette question. François Ruffin, député de la Somme, appelait ainsi « [à] permettre que la défense d'Anthony Smith soit la révélation d'un continent aujourd'hui invisible : celui des métiers de l'aide à domicile, qu'il a eu le courage de venir défendre, alors que d'habitude ce sont des isolées, ce sont des ultras précaires, ce sont des ultras fragiles que l'on ne voit pas sur la photo[9] ».

## 2.3 Pallier un déficit de reconnaissance sociale : le recours ordinaire au bénéficiaire

La sociologie des aides à domicile situait bien avant la crise cette catégorie de travailleuses parmi le personnel invisible, comme le sont aussi, par exemple, les aides-soignantes à l'hôpital (Arborio, 2002). Cette invisibilité est liée au fait de réaliser, dans le processus de travail avec le bénéficiaire, le « sale boulot » (Hughes, 1996). Peu qualifié, peu rémunéré, il est également considéré comme peu « professionnel » par les usagers ou les autres groupes professionnels pour être renvoyé à des savoirs domestiques sans réelle technicité (Avril, 2014). Les compétences déployées sont naturalisées par le genre des professionnelles, ce qui les rend non seulement invisibles, mais également inaudibles, voire indicibles (Dussuet, 2016). Le discours porté par les aides à domicile durant cette crise sanitaire, qui visait à affirmer que continuer à travailler était pour elles un devoir, s'inscrit dans ce contexte.

Toutefois, cette obligation morale du maintien de l'accompagnement malgré tout n'a pas rencontré d'écho politique et social important lors du premier confinement. Les IAD interrogées expriment ainsi le sentiment d'avoir été (ou d'être) exclues des témoignages de reconnaissance ritualisés, comme le furent par exemple au printemps 2020 les applaudissements à l'endroit des personnels dits de « première ligne » sur les balcons des Français :

> On n'est pas dans les pensées des gens. Il y a plusieurs de mes voisins qui applaudissent. Au départ, je me sentais touchée. Je me disais « Ah ! Il y a des gens qui reconnaissent mon travail. » Et là, un de mes voisins me dit : « Non mais, mademoiselle, il faut applaudir aussi ! Il faut remercier les infirmiers, les médecins, les pompiers, applaudissez ! » Euh… Mais je leur ai dit : « Mais moi, je suis assistante de vie. » Ils me regardent du genre : « C'est quoi ça ? » (Auxiliaire de vie, 19 ans)

S'il peut s'agir ici d'une méconnaissance, d'un oubli ou d'un déni, le phénomène reste néanmoins perçu par l'auxiliaire comme un « mépris social » qui révèle, d'une part, la domination institutionnalisée de cette catégorie et, d'autre part, la souffrance sociale qui en résulte (Renault, 2000). Le sentiment d'être non reconnue pour son travail se manifeste pour les IAD au quotidien. Ainsi, contrairement à d'autres catégories professionnelles, elles n'ont pas bénéficié d'une priorité dans les files d'attente pour effectuer les courses alimentaires de leurs bénéficiaires. Ce manque de reconnaissance a produit des tensions importantes. C'est alors par leur travail de proximité qu'elles ont trouvé des ressources leur permettant de bénéficier d'une nécessaire reconnaissance :

> Moi, déjà, la reconnaissance du bénéficiaire, je l'ai tous les jours : « Merci, Nadia, d'être venue. » Ils m'attendent avec impatience. Dès que je rentre, le sourire… (Auxiliaire de vie, 35 ans)

La crise sanitaire a mis en exergue le déficit de reconnaissance (officielle ou publique) dont souffrent ces professionnelles, souvent compensé, dans une certaine mesure, par une recherche de la reconnaissance directe des bénéficiaires et de leur entourage lors des interactions quotidiennes au domicile de ces derniers. Pour autant, d'autres formes de reconnaissance matérielle et symbolique ont été politiquement débattues durant la crise.

## 3. Le travail d'après-crise : des formes de reconnaissance limitées

### 3.1 La prime COVID : des promesses non tenues ?

De façon relativement tardive au vu des temporalités de la crise, l'invisibilité structurelle des IAD les a finalement portées sur la scène politique : c'est en tant qu'« oubliées » qu'elles ont été mises en lumière. Le président Macron déclarait, par exemple, lors de son allocution du 4 août 2020 à Toulon, près de 3 mois après le déconfinement, qu'elles « étaient les oubliées de la prime COVID », ajoutant : « [C]'est pourquoi, aujourd'hui, je veux officialiser la décision qui a été prise de reconnaître pleinement le rôle de toutes ces aides à domicile […]. » Pour ce faire, le chef de l'État évoquait deux axes. Le premier est l'élaboration d'une « grande loi autonomie » s'inscrivant dans le virage domiciliaire pris en France dès 2005, mais toujours négocié difficilement près de 15 ans plus tard, selon un rapport de la Cour des comptes (2021).

Ce projet suppose une réforme globale pour permettre la revalorisation des métiers de l'aide à domicile. Il s'inscrit donc dans une temporalité longue. Le second axe propose une action plus immédiate. Emmanuel Macron annonçait le débloquement d'une enveloppe de 160 millions d'euros pour que 320 000 professionnels de l'aide à domicile puissent bénéficier d'une prime COVID avant Noël 2020. À cet effet, l'État s'engageait financièrement à hauteur de 80 millions d'euros et demandait aux départements d'apporter les 80 restants. La demande formulée aux départements de compléter le budget et de fixer le montant de la prime ainsi que les conditions pour la percevoir a engendré des disparités importantes sur le territoire national[10]. Ainsi, sur les 101 circonscriptions administratives, 75 annonçaient une prime de 1000 € à 1500 €, 13 une prime comprise entre 250 € et 750 €, 11 envisageaient de contribuer sans pour autant communiquer le montant alloué et, enfin, 2 départements refusaient de verser une prime[11].

Ces disparités entre départements nourrissent le sentiment d'une reconnaissance partielle et partiale chez les acteurs de l'aide à domicile. Mais ce sentiment d'inégalité se retrouve également dans les entreprises elles-mêmes. C'est le cas de Bedom, puisque le montant des primes versées dépend de la situation géographique de ses différentes agences. En outre, l'incompréhension demeure au sein même des agences. Ainsi, les IAD rencontrées ne comprennent pas toujours comment s'effectue le calcul du montant des primes COVID allouées, à l'instar de cette auxiliaire de vie de 37 ans :

> (IAD) — Normalement, pour les personnes qui ont travaillé durant la COVID, on a une prime qui est de 1000 € minimum.
>
> (Sociologue) — Je ne sais pas si c'est minimum, mais…
>
> (IAD) — Ils ont dit aux infos pour les aides-soignantes et les infirmières, c'est 1500 €, et pour les auxiliaires, 1000 €. Moi, j'ai travaillé à temps plein. J'ai eu 300 € !
>
> (Sociologue) — Ça vous met en colère ?
>
> (IAD) — Beh oui, je n'ai pas arrêté ! J'ai pris des risques, bon je n'ai pas eu peur, mais voilà !

L'amertume liée à la prime COVID chez certaines aides à domicile rencontrées[12] se trouve renforcée par le sentiment que l'entreprise qui les emploie ne mesure pas pleinement les situations et conditions de travail qui ont été

les leurs. La codification du calcul pour le versement des primes occulte la diversité des formes d'engagement dans le travail et des risques pris, comme l'indique une coordinatrice de Bedom :

> (Coordinatrice) — L'argent a été versé à Bedom, et après c'est le siège qui a calculé en nous envoyant un tableau indiquant : heures contrat, heures travaillées, heures chômage partiel. Ils ont fait une formule Excel où ressortait le montant de la prime.
>
> (Sociologue) — Vous avez eu beaucoup de remerciements ou beaucoup de frustrations ?
>
> (Coordinatrice) — Frustrations ! Il y a eu des montants… Lara fait partie de celles qui ont eu 10 balles, mais elle n'a quasiment pas travaillé. Elle a eu beaucoup de chômage partiel. […]
>
> (Sociologue) — Quand vous avez une IAD qui accepte d'aller travailler chez des clients positifs à la COVID [un cas que nous venons d'évoquer], elle bénéficie d'une prime particulière ? Il n'y a pas de reconnaissance financière particulière pour cela ? [La responsable d'agence qui assiste à l'échange fait signe que non de la tête.]
>
> (Coordinatrice) — Nous, on avait en tout cas la consigne de ne pas les forcer. Celle qui a accepté d'y aller, elle a eu 72 € de prime COVID. La plus grosse prime perçue est de 573 €. (Entretien avec la responsable et une coordinatrice de l'agence O)

Au moment de notre troisième recueil de données auprès des travailleuses de Bedom, entre juillet et septembre 2021, les primes avaient été perçues depuis plus de six mois déjà. Si les premières désillusions commençaient à s'estomper, la question vaccinale réactivait le sentiment d'injustice. En effet, fin juillet 2021, Bedom décidait l'obligation vaccinale pour les IAD et la mise en place du *pass* sanitaire dès la mi-août avec test antigénique toutes les 72 h pour les IAD (mais aussi le personnel en agence), soumises à suspension immédiate en cas de non-justification du *pass* ou d'un test négatif; la suspension devant aboutir dès novembre à un licenciement. D'un autre côté, le gouvernement Castex annonçait en mars 2021, à l'issue de la Troisième Conférence du dialogue social, une nouvelle « prime COVID ». Cette prime diffère de celle de 2020, puisqu'il s'agit plutôt d'une incitation gouvernementale à l'égard des entreprises à verser la prime Macron pour augmenter le pouvoir d'achat de leur personnel de *deuxième ligne*. Mais Bedom n'ayant jamais versé la prime

Macron les années précédentes, le personnel d'agence et les IAD abordaient, de fait, cette annonce comme ne les concernant pas.

### 3.2 Quand les enjeux s'emmêlent : reconnaître et réparer l'exposition au risque

La notion de reconnaissance est protéiforme et sa complexité relève justement du fait que, si ses différentes dimensions (économique, symbolique, sociale, professionnelle, etc.) ne se compensent pas forcément, elles n'en sont pas moins interdépendantes. C'est notamment le cas de la reconnaissance de l'exposition au risque et de ses effets, et de la définition des responsabilités induites[13].

Contracter une maladie peut donner lieu à une réparation (au sens juridique du terme) dès lors qu'une causalité incriminant la responsabilité d'un tiers est identifiée. Dans certaines affaires, comme le cas de l'amiante par exemple, la responsabilité de l'État a pu être engagée à travers la notion de carence, c'est-à-dire d'une défaillance dans l'application de ses obligations réglementaires en matière de normalisation et de contrôle (Primerano et Marchand, 2019; Henry, 2007). Dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID-19, la gestion problématique des masques (*cf. supra*) appuie la définition d'une carence étatique. La pénurie (mais aussi les réquisitions) a notamment contraint les employeurs dans la mise en œuvre de leurs obligations d'assurer la sécurité et la protection de la santé de leurs salariés. C'est ce que souligne un MIRT interrogé dans une région particulièrement touchée par la diffusion du virus, vers la fin du premier confinement :

> De toute manière, on ne pouvait pas faire sans être dans une réalité dans laquelle il n'y avait pas de masques. Les masques FFP2, ils ont été réservés aux soignants, point, jusqu'à ce que certains puissent être apportés de pays étrangers, et encore, y'en a pas beaucoup. Tous les masques FFP2 étaient pour les soignants. C'était normal donc, forcément, là où la logique, par exemple, pour les mêmes professionnels, en 2009 on leur disait : « mettez des FFP2 pour vous protéger, vous », on ne pouvait pas faire ce discours-là, ce n'était pas possible, il se heurtait à un principe de réalité où on n'en a pas de masques.

Cette situation soulève la question du partage de responsabilités entre les employeurs et l'État en cas de contamination des travailleurs à la COVID-19 pendant la période de pénurie. Concernant plus spécifiquement une

reconnaissance en « maladie professionnelle » (MP), les MIRT interrogés étaient unanimes à propos de la difficulté de son inscription dans le cadre législatif en vigueur. Il leur apparaissait que peu de professions, en dehors des soignants, pourraient légitimement, à la fois sur les plans scientifique (la probabilité suffisante de la responsabilité de l'environnement professionnel dans la contamination) et réglementaire, faire valoir la reconnaissance de leur contamination à la COVID-19 au titre de MP.

Toutefois, certaines associations, nouvelles (Coronavictimes) ou déjà existantes (le Comité anti-amiante de Jussieu, la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés [FNATH]), ont milité pour organiser la reconnaissance et la réparation des travailleurs bénévoles et salariés mobilisés pendant la crise. Leurs revendications prenaient appui sur l'idée d'une reconnaissance de la nation de leur contribution au maintien de la vie collective par l'aide apportée aux plus fragiles, et plus globalement la réalisation des tâches définies comme « essentielles ». Il s'agissait, en s'inscrivant dans la rhétorique gouvernementale, de considérer la reconnaissance des « sacrifices » réalisés par les travailleurs mobilisés pendant la crise comme un impératif moral. Si l'analogie guerrière faisait bien consensus entre les structures associatives et le gouvernement, les avis ont divergé concernant la définition des « soldats ». Ainsi, le désaccord portait essentiellement sur le périmètre plus ou moins restrictif, plus ou moins fractionné des « lignes de front ». Les formes institutionnelles que la réparation de l'exposition au virus et de ses conséquences devait prendre (en d'autres termes, les formes de la reconnaissance à laquelle auraient droit ces soldats) constituaient également un clivage important. Si certains acteurs s'inscrivaient dans une logique restrictive de reconnaissance de la contamination par la COVID pour certaines catégories professionnelles et dans certaines conditions, des associations ont insisté sur la nécessité de reconnaître l'exposition au risque elle-même. Ce faisant, elles déplaçaient l'événement indemnisable en amont de l'hypothétique maladie, et intégraient des considérations sociales relatives à la revalorisation des professions largement mobilisées pendant la crise. Dans une lettre au premier ministre datant du 29 avril 2020, les associations Coronavictimes et Comité anti-amiante de Jussieu s'expriment ainsi :

> L'indispensable réponse aux professions qui ont été *envoyées au front* ne peut être une indemnisation spécifique concernant les seules personnes ayant subi des dommages causés par la maladie. Cette réponse devrait concerner toutes les personnes *envoyées au front*, qu'elles aient

> contracté la maladie ou non, sur le seul fondement du risque qu'elles ont accepté de prendre *au service de la nation*. Elle devrait prendre la forme d'une compensation financière immédiate, mais aussi sur un plus long terme d'une reconnaissance de professions, souvent ignorées, qui jouent un rôle clé dans le fonctionnement de la société, et relève de la négociation avec les confédérations syndicales. L'indemnisation, en revanche est un droit qui concerne toutes les victimes, qu'elles aient contracté la maladie dans une situation de travail ou dans un autre cadre. (Nous soulignons.)

Ici, nous le voyons, les enjeux de reconnaissance se superposent : la demande de reconnaissance générale des efforts exceptionnels consentis pendant la crise se mêle à celle de la reconnaissance de certains métiers particulièrement mobilisés, dont les ressources financières et symboliques restent limitées, comme l'illustre le cas des IAD.

## Conclusion

Le 1er juillet 2020, le gouvernement annonçait des mesures qui allaient dans le sens d'une définition d'un risque professionnel, à l'encontre des demandes formulées par les structures associatives dirigées vers la reconnaissance d'un préjudice plus large. Les critères choisis sont restrictifs, et excluent les IAD. Quand bien même elles respecteraient les conditions strictes retenues (avoir souffert d'une forme sévère et uniquement pulmonaire de la maladie), les travailleuses de *deuxième ligne* ne peuvent prétendre à une reconnaissance systématique de leur contamination par la COVID au titre de MP.

Cette décision atteste ce que l'article a montré plus largement, à savoir la reconnaissance partielle, biaisée, en somme masquée, d'une partie de la population active, dont les IAD paraissent illustrer toute la problématique. Dans un contexte de pénurie d'EP, dont le masque fut le symbole, elles ont élaboré des moyens pour composer avec le risque sanitaire. Soumises à des ressources faibles (protocoles inexistants) et à une reconnaissance tant financière (primes) que sociale (applaudissements, priorité dans les files d'attente, etc.) perçue comme déficiente, les IAD ont trouvé dans la reconnaissance directe du bénéficiaire de leur travail un moyen de le valoriser.

Si la crise est communément définie comme un événement inédit déstabilisant les routines et les catégories ordinaires du monde social, il est frappant de

constater que ses conséquences sont beaucoup plus ordinaires. Comme avant la crise, l'expertise profane déployée par les travailleurs ne semble pas avoir rencontré un large écho politique et social, et les attentes envers la puissance publique ont été déçues. La question de la reconnaissance des contaminations en tant qu'affection professionnelle, et plus globalement de leur réparation, reste à étudier plus amplement, mais les bases posées par le gouvernement laissent suggérer une probable insatisfaction des IAD. Dès lors, quels pourraient être les effets de demandes de reconnaissance en MP ou de réparation plus larges ? Comment pourraient agir ces procédures sur la structuration de ce groupe professionnel particulièrement dominé socialement ?

L'association Coronavictimes, en réaction aux propositions de l'État, a invité les malades et anciens malades, travailleurs et non-travailleurs, à s'engager dans des « procédures en indemnisation devant les tribunaux administratifs sur la base de la faute de l'État[14] », en écho à un processus de « judiciarisation croissante des conflits liés aux risques sanitaires » (Jouzel, 2009). Si les mouvements à l'œuvre interrogent les attentes des citoyens vis-à-vis de la puissance publique face à des risques sanitaires et environnementaux mondialisés (Boudia et Henry, 2015), il convient de constater également la faible capacité de mobilisation collective d'un groupe de travailleurs atomisés comme le sont les IAD. Pourtant, ces attentes s'arriment à de fortes inégalités sociales que les crises contribuent à amplifier, comme l'illustre ici la mise à disposition ou non des masques pour certaines catégories de travailleurs. Elles soulèvent également des questionnements sur les plans de la reconnaissance et de la justice sociale qui traversent et dépassent la sphère professionnelle, et auxquels ne pourront sans doute pas toujours répondre les canaux ordinaires de la reconnaissance.

—

## Bibliographie

Agier, Michel. 2020. *Vivre avec des épouvantails. Le monde, les corps, la peur*. Paris, Premier parallèle.

Amossé, Thomas, Mikael Béatriz, Christine Erhel, Malik Koubi et Amélie Mauroux. 2021. « Les métiers "de deuxième ligne" de la crise du COVID-19 : quelles conditions de travail et d'emploi dans le secteur privé ? », *Publications du CEET [Centre d'études de l'emploi et du travail]. Document de travail n° 205*. <https://ceet.cnam.fr/publications/documents-de-travail/les-metiers-de-deuxieme-ligne-de-la-crise-du-covid-19-quelles-conditions-de-travail-et-d-emploi-dans-le-secteur-prive--1258692.kjsp>. Page consultée le 1er mars 2022.

Arborio, Anne-Marie. 2002. *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Economica.

Avril, Christelle. 2014. *Les aides à domicile : un autre monde populaire*. Postface d'Olivier Schwartz. Paris, La Dispute, coll. « Corps, santé, société ».

Bergeron, Henri, Olivier Borraz, Patrick Castel et François Dedieu. 2020. *COVID-19 : une crise organisationnelle*. Paris, Presses de Sciences Po.

Bonnet, Thomas et Éric Drais. 2021. « Les tensions du travail d'articulation dans l'encadrement de l'aide à domicile. Le cas du secteur marchand face à une pénurie de ressources », *Sociologies pratiques*, 42, 2 : 33-43.

Bonnet, Thomas, Éric Drais, Mireille Lapoire-Chasset, Julie Primerano et Karen Rossignol. 2021. « Reconfiguration of the Boundaries of Occupational Risk Prevention Observed During the COVID-19 Pandemic: The Case of Personal Protective Equipment and Collective Protection in France », *Health, Risk & Society*, 23, 7-8 : 339-358.

Boudia, Soraya et Emmanuel Henry. 2015. *La mondialisation des risques. Une histoire politique et transnationale des risques sanitaires et environnementaux*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Canguilhem, Georges. 1999 [1966]. *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige ».

Cour des comptes. 2021. « Les services de soins à domicile. Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat.

Deroche, Catherine, Bernard Jomier et Sylvie Vermeillet. 2020. *Rapport fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la COVID-19 et de sa gestion*. Paris, Sénat.

Dessors, Dominique. 2009. « L'intelligence pratique », *Travailler*, 21, 1 : 61-68.

Dubar, Claude. 2011. « Temps de crises et crise des temps », *Temporalités*, 13. <http://temporalites.revues.org/1563>. Page consultée le 26 juillet 2015.

Dussuet, Annie. 2016. « Genre, frontières du travail domestique et marges du salariat : le cas des aides à domicile », *Revue française de socio-économie*, 17 : 123-141.

Dussuet, Annie, Laura Nirello et Emmanuelle Puissant. 2017. « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », *La Revue de l'IRES*, 91-92, 1 : 185-211.

Féret, Corinne. 2020. *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes du COVID-19*. Paris, Sénat.

Fraser, Nancy. 2011. *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*. Paris, La Découverte.

Gayet, Carole. 2016. « Quand le domicile privé est aussi un lieu de travail », *Hygiène et sécurité du travail*, 243 : 26-28.

Giddens, Anthony. 2005. *La constitution de la société*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige ».

Henry, Emmanuel. 2007. *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Res publica ».

Honneth, Axel. 2000. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris, Éditions du Cerf.

Hughes, Everett. 1996. *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris, Éditions de l'EHESS.

Jouzel, Jean-Noël. 2009. « Encombrantes victimes. Pourquoi les maladies professionnelles restent-elles socialement invisibles en France ? », *Sociologie du travail*, 51, 3 : 402-418.

Knaebel, Rachel. 2021. « L'exercice du droit syndical de plus en plus entravé dans les services publics », *Basta !*, 21 janvier. <https://basta.media/Repression-syndicale-Poste-SNCF-RATP-greves-Nous-subissons-de-plus-en-plus-d-entraves>. Page consultée le 1er mars 2022.

Lada, Emmanuelle. 2011. « Les recompositions du travail d'aide à domicile en France », *Formation emploi*, 115. <http://journals.openedition.org/formationemploi/3410>. Page consultée le 20 avril 2019.

Lecadre, Renaud. 2021. « Collusion. CGT : du rififi dans la Marne », *Libération*, 15 avril. <https://www.liberation.fr/societe/police-justice/cgt-du-rififi-dans-la-marne-20210415_MTEEEIPVMNGEPE3YE5WA55LAEQ/>. Page consultée le 1er mars 2022.

Petillon, Catherine. 2020. « Entretien. Dominique Méda : "Il faut revoir l'échelle de la reconnaissance sociale et de la rémunération des métiers" », *France Culture*, 28 mars. <https://www.franceculture.fr/economie/dominique-meda-il-faut-revoir-lechelle-de-la-reconnaissance-sociale-et-de-la-remuneration-des>. Page consultée le 1er mars 2022.

Primerano, Julie. 2019. *Quand les rapports sociaux de classes prennent corps : catégorisations et expériences des « cancers du travail » en Lorraine*. Thèse de doctorat, Metz, Université de Lorraine.

Primerano, Julie et Anne Marchand. 2019. « Cancers professionnels. Le corps dévalué des ouvriers », *La Nouvelle Revue du Travail*, 14. <http://journals.openedition.org/nrt/4832>. Page consultée le 27 mai 2019.

Renault, Emmanuel. 2000. *Mépris social. Éthique et politique de la reconnaissance*. Bègles, Éditions du Passant.

Siegrist, Johannes. 2014. « Déséquilibre effort/récompense (modèle de Siegrist) », dans Philippe Zawieja et Franck Guarnieri (dir.). *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris, Seuil : 178-182.

Terssac, Gilbert de. 2011. « Théorie du travail d'organisation », dans Bruno Maggi (dir.). *Interpréter l'agir : un défi théorique*. Paris, Presses universitaires de France : 97-121.

Wieviorka, Michel. 2013. « Le travail aujourd'hui. L'hypothèse de la reconnaissance », *La Nouvelle Revue du Travail*, 2. <http://nrt.revues.org/687>. Page consultée le 17 mars 2016.

## Notes

1 Nous remercions nos collègues de l'INRS [Institut national de la recherche scientifique], Éric Drais, Mireille Lapoire-Chasset et Karen Rossignol, pour leur soutien dans la production de cet article. Nous remercions également nos pairs anonymes sollicités par *LSP* pour leurs remarques pertinentes, et les coordonnateurs du présent dossier, Renaud Crespin et Carole Clavier, pour leur accompagnement tout au long du processus.

2 Toutes nos enquêtées étant des femmes, ce qui est représentatif du secteur, nous féminisons ce terme ici.

3 Pour mieux comprendre ces fonctions, se référer par exemple à Avril (2014) ou à Bonnet et Drais (2021).

4 La commission d'enquête rapporte un achat au 15 juin de près de 4 milliards de masques (dont 2,7 milliards en Chine) pour un coût total de 2,8 milliards d'euros. Comme le souligne la commission sénatoriale dans la synthèse de son rapport (p. 6) : « Si le choix avait été fait en octobre 2018 de reconstituer les stocks de masques chirurgicaux à hauteur d'un milliard d'unités, le coût budgétaire aurait été de 27 millions d'euros, contre 450 millions d'euros durant la crise. » Cela revient à dire que la France a payé près de 17 fois plus cher les masques en temps de crise.

5 Ces dernières, spécificités françaises, ont été décidées par décret le 3 mars 2020 au vu du manque criant de stock. Cependant, en étant fondées sur un principe de volontariat, elles semblent avoir été peu nombreuses. La réquisition a permis d'obtenir un stock de 44 millions de masques FFP2 qui étaient en réalité déjà attendus par Santé publique France…

6 Par exemple, un protocole pour la réalisation des courses d'un bénéficiaire a été transmis par Bedom à son personnel seulement à la fin du mois d'avril.

7 Nous nous sommes appuyés sur différents articles de presse, notamment un reportage réalisé par le journal télévisé de France 3-Champagne-Ardenne 12/13 grand format intitulé « L'inspecteur du travail dans le collimateur ».

8 Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), obligatoire pour chaque structure dès le premier salarié, répertorie l'ensemble des risques professionnels présents dans l'environnement de travail afin d'organiser la prévention.

9 Voir le reportage du journal télévisé de France 3-Champagne-Ardenne précédemment mentionné : « L'inspecteur du travail dans le collimateur ».

10 C'est ce dont témoigne la Fédération française de services à la personne et de proximité dans un communiqué de presse : « Une auxiliaire de vie ayant travaillé en 1re ligne durant le confinement du printemps auprès de personnes âgées en perte d'autonomie ou de personnes en situation de handicap ne touchera aucune prime si elle est salariée d'une entreprise privée d'aide à domicile dans le Finistère. En revanche, elle percevra 500 euros en Indre-et-Loire, car le département a décidé de respecter la règle fixée par l'État (50 % de la prime versée par l'État, 50 % par le département), et jusqu'à 1 000 euros en Moselle, car le Conseil départemental a fixé le montant de la prime à 1 500 euros au total. » *Prime aux aides à domicile : la Fédésap dénonce une mise en place inéquitable par les départements qui sabotent la promesse présidentielle*. <https://www.fedesap.org/prime-aux-aides-a-domicile-la-fedesap-denonce-une-mise-en-place-inequitable-par-les-departements-qui-sabotent-la-promesse-presidentielle/>. Page consultée le 1er mars 2022.

11 Selon les chiffres transmis par le ministère des Solidarités et de la Santé dans un communiqué de presse le 17 décembre 2020. *6 mois après l'accord de Toulon entre le gouvernement et l'ADF : 100 départements engagés dans le versement de la prime COVID aux salariés des services d'aide à domicile*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/6-mois-apres-l-accord-de-toulon-entre-le-gouvernement-et-l-adf-100-departements>. Page consultée le 1er mars 2022.

12 Il convient de préciser des réactions diverses : entre cette jeune intervenante qui ne sait pas exactement combien elle a perçu (elle déclare 600 € alors qu'elle a touché un peu moins de 400 €) et s'en contente ou encore celle qui s'estime offensée pour avoir perçu 10 € de prime et le fait bien comprendre à son agence, la gamme des réactions est relativement large.

13 Notre enquête chez Bedom nous a permis de comprendre que dans l'une de ses agences, deux IAD auraient contracté la COVID-19, et que dans une autre, trois intervenantes seraient tombées malades. Au moment où nous terminions notre troisième recueil de données en immersion, aucune IAD n'avait à notre connaissance fait une demande de reconnaissance en maladie professionnelle pour COVID.

14 *Communiqué de presse du 30 juin 2020. Reconnaissance du COVID-19 en maladie professionnelle : le gouvernement affiche son mépris pour les victimes*. <https://coronavictimes.net/communique-presse-30-juin-2020-covid-19-reconnu-comme-maladie-professionnelle/>. Page consultée le 1er mars 2022.

# « C'est l'État qui nous a tués ! »

## Ebola en Guinée : la mémoire d'une histoire politique violente

**RUBIS LE COQ**
Doctorante, Triangle — École Normale Supérieure de Lyon, UMR 5206

—

En 2015 à Conakry, au cours d'un séjour à l'hôpital pour son diabète, Ibrahima partage la chambre d'un malade rapatrié depuis Nzérékoré, la plus grande ville de la région forestière, à la frontière sud du pays. À son retour au domicile familial, le jeune homme manifeste les premiers symptômes d'Ebola. Il décédera quelques jours plus tard. Sa famille prononce alors ces mots : « C'est l'État qui nous a tués ! » Qu'est-ce qui peut conduire à affirmer qu'un gouvernement est responsable du décès d'un proche ? Cette question m'amène à interroger les rapports qu'entretient la population guinéenne à la légitimité de son État. Je propose de penser la manière dont les violences politiques passées en Guinée, en tant que mémoire incorporée (Fassin, 2006), ont fait retour au présent dans le déroulement de l'épidémie d'Ebola. À partir de l'histoire d'Ibrahima et au détour d'autres témoignages d'expérience de l'épidémie recueillis au cours de mon enquête, il apparaît que cette histoire passée a affecté le rapport de la population aux institutions d'État, les modes de contestations populaires ainsi que la perception des infrastructures de la « riposte ». En Guinée, la « riposte » sert communément à désigner l'ensemble des institutions, locales et internationales, qui organisent la gestion de l'épidémie. À ce terme largement utilisé par les entrepreneurs de la « riposte », je préfère celui de « réponse à l'épidémie », car l'idée de « riposte » renvoie à une logique guerrière[1], commune dans la lutte contre les épidémies (Rasmussen, 2020). Ce vocabulaire martial a des effets structurants sur les réponses apportées aux épidémies et entend légitimer la mise en place de mesures publiques extraordinaires (Fouillet, 2020).

Pour comprendre comment l'histoire passée est venue interférer avec la façon dont les Guinéens ont perçu et vécu la réponse publique à l'épidémie, je

procéderai en trois temps. La première partie est consacrée à l'identification des moments de l'histoire politique violente de la Guinée qui ont structuré la relation entre les Guinéens et leurs élites. La seconde partie est consacrée à l'analyse de rumeurs qui ont circulé au sujet des Centres de traitement d'Ebola (CTE). Enfin, dans une troisième partie, j'analyse les réticences populaires en tant qu'actes de résistance face à la gestion publique de l'épidémie. Ces résistances s'inscrivent dans l'histoire longue des contestations qui, en Guinée, opposent la violence du peuple à la violence de l'État.

## Méthode

Cet article se fonde sur une enquête ethnographique d'un an, menée de janvier 2017 à octobre 2019 principalement à Conakry, grâce à l'appui du projet EBOVAC3[2]. Des entretiens ont été menés auprès d'une cinquantaine de personnes malades d'Ebola, proches de malades et de défunts, ou de travailleurs de première ligne durant l'épidémie d'Ebola. Pour pallier les difficultés d'un terrain marqué par le silence (Jackson, 2004), j'ai opté pour deux outils originaux. D'une part, des autopsies verbales (Chippaux, 2009), dont le principe est de reconstituer les circonstances d'un décès à partir d'entretiens auprès des proches du défunt. Cet outil s'inspire de celui mis au point par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour rendre compte des causes d'un décès lorsque celui-ci survient à domicile ou lorsque les services d'état civil font défaut (OMS, 2009). D'autre part, des « balades commentées[3] » durant lesquelles j'ai invité les personnes à évoquer leurs souvenirs de l'épidémie à l'occasion d'une promenade dans un lieu choisi. Ces sites pouvaient être des dispositifs directement liés à l'épidémie comme les CTE, ou des lieux de vie quotidiens pour mes interlocuteurs. En sollicitant la mémoire visuelle et en rendant plus informelle l'interaction entre chercheur et enquêté, cet outil a permis la mise en récit de souvenirs traumatiques. Les données ont été anonymisées et la description des lieux modifiée afin d'empêcher toute identification sans pour autant altérer la qualité des informations pertinentes pour l'analyse.

## Crise de confiance en Guinée

Je propose dans cette première partie de revenir brièvement sur l'histoire politique de la Guinée. L'objectif est d'exhumer certains épisodes de violence en les envisageant comme des moments structurants pour comprendre la

défiance actuelle envers les organisations publiques, en particulier celles chargées de la « riposte » contre l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE).

## Le « non » de la Guinée : chaos administratif et recherche d'alliés

Le 28 septembre 1958, la Guinée vote « non » au référendum organisé par le général de Gaulle pour instituer une communauté franco-africaine. La Guinée est le seul pays à faire ce choix qui s'inscrit dans une histoire nationale fortement marquée par la résistance à la colonisation, avec pour chef de file Samori Touré (Person, 1970), dont Ahmed Sékou Touré, qui deviendra le premier président de Guinée, se dit le descendant. Engagé dans le mouvement panafricaniste, Ahmed Sékou Touré affirme le 2 octobre 1958 n'avoir que faire des promesses d'aide française et « préfér[er] la liberté dans la pauvreté à la richesse dans l'esclavage » (INA, 1958). À la suite de ce discours, la France met rapidement fin aux relations de coopération entre les deux pays et engage le retrait de ses ressortissants de l'administration et des institutions publiques. Ce départ précipite la Guinée dans une situation de chaos et de désorganisation généralisée (Goerg, Pauthier et Diallo, 2010). La forte instabilité politique qui en découle conduit Sékou Touré à chercher de l'aide auprès d'autres pays comme les États-Unis ou ceux du bloc soviétique.

### Un dictateur sanguinaire

Rapidement après sa prise de pouvoir, la légitimité politique d'Ahmed Sékou Touré est remise en cause. Les critiques ciblent son incapacité à apporter au pays la stabilité économique comme à instaurer la démocratie pourtant promise. Ayant fait l'expérience de plusieurs tentatives de déstabilisation monétaire et militaire de la part de l'ancienne puissance coloniale (Lewin, 2002; Bah *et al.*, 2018), Sékou Touré fait de la suspicion généralisée son mode de gouvernement et mène une politique de terreur. Opposants politiques et élites intellectuelles sont tour à tour enfermés (Barry et Duchastel, 2003; Barry, 2004). Dans ces geôles, plusieurs dizaines de milliers de personnes périront (Diallo, 2004). La famille dans laquelle je résidais à Conakry me rapporte, concernant cette époque : « Sékou Touré, il disait que tu dois pouvoir voir le riz qui cuit dans la casserole de ton voisin. » Ces paroles témoignent d'une période où l'intimité domestique comme la vie privée ne venaient plus faire limite à la surveillance politique, de sorte que chacun vivait dans un climat de peur et de délation. Or, ce climat de méfiance à l'égard du pouvoir politique tend à perdurer.

### Les pendus du pont du 8-Novembre

En février 2018 à Conakry, je frappe à la porte de ma voisine pour partager un déjeuner. Elle m'ouvre en brandissant deux photos et en disant : « Tiens, Rubis ! J'ai trouvé ça pour toi ! Je les cherchais depuis [longtemps] ! Ce sera intéressant pour ton travail. » Je prends les photos et découvre avec effroi ce qu'elles représentent.

**Photos 1 et 2**

**Pendaisons du pont du 8-Novembre. 21 janvier 1971, archives familiales collectées à Conakry en 2018**

Ces photos m'ont été présentées comme des archives familiales. Or, j'ai pu ensuite constater que celle de droite avait été utilisée par le chercheur Bano Barry (2000) en première de couverture de son ouvrage *Les violences collectives en Afrique*, puis reprise dans *Mémoire collective. Une histoire plurielle des violences politiques en Guinée* (Bah *et al.*, 2018), deux ouvrages traitant de la violence en Guinée. Dans *Mémoire collective*, la photo est accompagnée d'un extrait du poème *Le cadavre dans l'œil* du poète et dramaturge guinéen Hakim Bah (2013). Érigées en emblèmes de la répression exercée par le régime de Sékou Touré, ces images pénètrent aussi l'espace intime du domestique, où on se les approprie. Elles font ainsi circuler le souvenir du 25 janvier 1971, date à laquelle quatre hauts fonctionnaires ont été pendus sur le pont du

8-Novembre, à proximité du centre-ville de Conakry. Souvenir d'autant plus dramatique que l'ordre fut donné de faire venir les écoliers afin qu'ils voient de leurs propres yeux les pendus (Bah *et al.*, 2018). Dans son texte, Hakim Bah décrit cette vision de corps déshabités et d'une « foule en extase » assistant à ce spectacle macabre pour exprimer la mémoire effroyable et indélébile que cet événement laisse, tel un « cadavre dans l'œil ».

### Les camps d'internement militaires

Dans la seconde moitié du XXe siècle, la Guinée a connu des camps d'internement militaires comparables à des camps de concentration. Ces « goulags tropicaux[4] » ou « Auschwitz des Guinéens » (Monénembo, 2019) servaient à enfermer les opposants au régime. Ils y étaient tués, violentés, électrocutés ou mis en « diète noire », c'est-à-dire privés d'eau et de nourriture en plein soleil. Ce fut par exemple le cas du camp Boiro à Conakry, qui a depuis été rebaptisé et dont les traces des violences passées ont été effacées. Tierno Monénembo, écrivain guinéen, parle d'« histoire falsifiée » pour désigner cette politique de l'oubli se traduisant par l'effacement des traces de la violence vécue. Aujourd'hui, la publication de témoignages d'anciens prisonniers permet d'exhumer et de rendre publique une partie de cette histoire (Diallo, 2004; Gomez, 2007; Kamara, 2012). Pour autant, les associations de victimes attendent toujours une réparation et une reconnaissance officielle des préjudices subis (Bah *et al.*, 2018).

### D'une gouvernance répressive à une autre

Après le décès de Sékou Touré en 1984, Lansana Conté arrive au pouvoir par un coup d'État de la junte militaire. La fin de son régime sera marquée par la corruption et le népotisme. À sa mort, Dadis Camara s'autoproclame président. Malgré des promesses de changement, les violences politiques continuent. Un des épisodes les plus marquants se déroule le 28 septembre 2009 : lors d'un rassemblement politique de l'opposition dans le stade dit « du 28-Septembre[5] », l'armée tue et viole des centaines de personnes (Bah *et al.*, 2018 : 298).

En décembre 2010, Alpha Condé devient président de la République. Son élection représente un réel espoir démocratique, qui sera lui aussi déçu. Durant ses trois mandats, des opposants politiques sont emprisonnés et des victimes de la répression sont jetées dans des charniers (Human Rights Watch, 2020b).

Cette histoire politique rejaillit sur certaines représentations collectives des épidémies. Ainsi, durant celle de MVE, il n'est pas rare que la population associe l'origine de la pandémie à la zone forestière de la Guinée, celle-ci étant communément désignée comme le bastion de l'opposition politique au régime (McGovern, 2013). Plus récemment, durant l'épidémie de COVID-19, les interdictions de rassemblement en période électorale ont été perçues comme une stratégie du président actuel pour faire taire les manifestants opposés à son troisième mandat (Human Rights Watch, 2020a).

Tous ces événements ont eu lieu à une époque récente. Il ne s'agit donc pas seulement d'évoquer une mémoire incorporée lointaine ayant traversé les générations, mais aussi des souvenirs dont les Guinéens sont des témoins souvent directs. La répression politique lors des manifestations fait ainsi partie de l'expérience ordinaire des habitants de Conakry. Lorsqu'une manifestation est annoncée, très fréquemment, la ville se vide, et il n'est pas rare de recevoir des SMS invitant à la prudence et à rester chez soi. Ainsi, en février 2018, pendant la campagne des élections municipales, plusieurs manifestations de l'opposition se heurtent aux « bérets rouges », une unité militaire qui, identifiée par la couleur de son couvre-chef, est directement rattachée à la présidence. Assistant à cette époque à une rencontre scientifique, j'ai pu être témoin des conséquences de ces affrontements dans les rues de Conakry. Alors que le colloque se déroulait, chacun dans l'auditoire recevait sur son téléphone portable des informations sur ce qui se passait *extra muros* : « Ça tire partout ! », « Ne rentrez pas ! » ou au contraire « Rentrez vite ! ». L'évocation de ces tirs semblait à la fois préoccuper mes collègues guinéens et relever de l'ordinaire. Une fois chez moi, un voisin me dit alors : « Tu sais, c'est normal, on entend ça souvent ici. Il ne faut pas sortir les prochains jours. Mais, chaque jour, on se souvient quand ils ont fait ça au stade. Ce jour-là, vraiment… » La concession[6] dans laquelle nous résidions se trouve non loin du stade du 28-Septembre. Les événements du jour étaient pour mon voisin l'occasion de se rappeler et de me raconter cette journée particulière : la peur, le bruit des balles, les cris. Tout se passait comme si les violences passées, répétées au point de devenir ordinaires (Das, 2007), ressurgissaient. À l'instar de cet événement ravivant la mémoire d'une histoire politique traumatique, la réponse publique apportée à l'épidémie d'Ebola est venue réactiver d'autres souvenirs douloureux. Dans la suite du texte, je montrerai que les résistances suscitées par cette réponse s'inscrivent, au moins en partie, dans la continuité d'une relation de défiance de la population guinéenne vis-à-vis de l'État.

La succession au pouvoir de dirigeants violents menant une politique de la peur et jalonnant le quotidien des Guinéens d'événements traumatiques est à l'origine d'une importante crise de confiance et d'une méfiance des Guinéens envers leur classe dirigeante. Parmi ces violences d'État, les camps d'internement militaires de Sékou Touré sont emblématiques. J'insisterai ici sur les effets engendrés par la mémoire de ces camps sur la perception par les Guinéens des Centres de traitement d'Ebola (CTE).

## Rumeurs et Centres de traitement d'Ebola (CTE)

Durant l'épidémie d'Ebola, les CTE ont effrayé la population en faisant l'objet de nombreuses rumeurs. Selon Philippe Aldrin (2003), la rumeur est « la diffusion d'une nouvelle moralement et scientifiquement disqualifiée ». Si l'on suit cette définition, l'enquête en sciences sociales porte à la fois sur les processus de sa production, sa fonction sociale et le sens qu'elle revêt pour les acteurs qui la véhiculent. Dans cette partie, je m'intéresse à la fois à la production de rumeurs et à leurs conséquences sur les relations que les Guinéens ont entretenues avec certaines pratiques organisationnelles, en particulier celles des CTE. Si ces rumeurs ont pu être attribuées à l'ignorance ou à la méconnaissance des protocoles biomédicaux par la population, mon hypothèse est qu'elles trouvent leur origine dans une mémoire de l'enfermement, particulièrement celle des camps d'internement militaires sous Sékou Touré. Aujourd'hui, quand bien même ils ont changé de nom (CT-Épi pour Centre de traitement épidémique) et de forme (en 2018, ils ont été reconstruits grâce à un financement de la Banque mondiale), ils suscitent toujours de fortes craintes. Lors de l'épidémie, nombre d'observateurs ont attiré l'attention sur la peur provoquée par les CTE dans la population (Calain et Poncin, 2015; Gomez-Temesio et Le Marcis, 2017). Tenter de saisir les mécanismes sociaux, culturels et cognitifs de cette peur suppose de comprendre comment les CTE ont été perçus comme des dispositifs dans lesquels la mort et la prise en charge des défunts étaient inacceptables pour la population.

### Les CTE : des dispositifs aux objectifs paradoxaux

Une des stratégies publiques pour ralentir la progression de la MVE a été d'installer des centres de quarantaine appelés CTE. La fonction de ces centres est de placer les patients contagieux à l'écart de la population générale afin d'empêcher que le virus ne s'y propage. Les CTE sont aussi des lieux où sont prodigués des soins pouvant permettre le rétablissement des malades[7]. Si

cette méthode de gestion d'épidémie par l'isolement des malades n'est pas nouvelle (Gomez-Temesio et Le Marcis, 2017), elle renvoie en Guinée à une mémoire encore vive de l'enfermement politique.

Au fur et à mesure de l'expansion de l'épidémie, l'installation d'un véritable archipel de CTE sur le territoire guinéen a engendré une circulation intense d'ambulances roulant sirènes hurlantes dans les villes et les villages pour transporter et rassembler les cas suspects. Ces allées et venues intensives et bruyantes ont alimenté un ensemble de rumeurs autour du dispositif sanitaire mis en place. Ainsi, lorsque des personnes décédaient dans un CTE, les familles n'avaient pas toujours la possibilité d'accéder aux défunts pour vérifier leur identité comme l'état de leur corps. En outre, la pratique courante dans les CTE était d'enterrer rapidement les morts dans des sacs mortuaires, parfois dans des fosses communes, sans attendre les familles. Ces pratiques de mise à distance des familles du corps de leurs défunts ont alimenté des rumeurs de vols d'organes qui ont largement circulé. Si ce type de rumeur se nourrit des incertitudes découlant des pratiques mortuaires des CTE, il tient aussi au paradoxe qui caractérise ces organisations : présentées comme des lieux de soins, la majorité des personnes qui y sont admises meurent, et leurs corps disparaissent. Paradoxe qui conduit des anthropologues à interroger la fonction même des CTE (Gomez-Temesio, 2018) : servent-ils à protéger ceux qui y sont isolés ou à éviter qu'Ebola ne se répande parmi ceux qui sont à l'extérieur ? En se fondant sur des récits d'expériences de patients de CTE et de leurs proches, l'anthropologue Veronica Gomez-Temesio (2020) en vient à qualifier de « zombies » les patients des CTE, car leur statut se situe entre la vie et la mort. Ils sont davantage traités comme des « corps » que comme des êtres humains. Ainsi, la multiplication des CTE relève d'une « mise en camp de la Guinée » (Gomez-Temesio et Le Marcis, 2017), dont la forme et l'organisation s'apparentent à ce qu'Henri Courau (2007) qualifie de « *Forme-camp* ». Or, en Guinée, cette « *Forme-camp* » réactive la mémoire des centres d'internement de Sékou Touré, dans lesquels nombre de détenus ont disparu sans laisser de traces.

### Les CTE, des lieux de mort ?

La majorité des enquêtés évoquent les CTE comme des lieux où l'on ne va que pour mourir. Ce jeune homme dont la jumelle est atteinte d'Ebola explique pourquoi il s'est opposé à son départ pour le CTE :

> Le nom d'Ebola était effrayant, les gens disaient à ce moment que quand tu rentres au CTE, tu ne vas plus ressortir, et qu'ils tuaient beaucoup de gens là-bas. (S. D., gardien, Dixinn Port, septembre 2019)

Pour S. D., envoyer sa sœur au CTE est ainsi l'envoyer vers une mort certaine, et il s'y refuse. Cette opposition, qualifiée de « réticence » par la « riposte », est souvent interprétée comme l'expression de l'ignorance des populations sur ce qu'il convient de faire en temps d'épidémie. Pourtant, ce refus se fonde sur une connaissance objective (les patients meurent dans les CTE) et sur la peur que cette connaissance génère. Cette peur est entretenue par les histoires entendues et relayées au sujet de « plusieurs personnes qui y sont rentrées et qui n'en sont pas ressorties ». Mais au-delà du risque de mort que représente le CTE, l'éventualité de mourir seul plutôt qu'à la maison, entouré de ses proches, est aussi une source d'inquiétude :

> Une fois là-bas, quand ils ont fait le prélèvement, ils ont dit que j'ai Ebola. Quand j'ai vu les résultats, j'ai dit à mon grand frère : « Tu vois, les gens disent que j'ai Ebola. » Je lui ai dit de me ramener à la maison pour ne pas que je meure ici. (S. D., septembre 2019)

Si les rumeurs colportées par l'entourage propagent la peur, cet entourage peut aussi permettre des formes de réassurance. C'est le cas des récits d'expériences « positives » rapportés par des personnes déclarées guéries. Ces récits peuvent tempérer, voire suspendre l'imaginaire morbide entourant les CTE, comme me l'expose cet autre enquêté ayant perdu plusieurs proches emportés par Ebola :

> Eux, ils ont refusé d'[y] aller, parce qu'ils disaient qu'une fois là-bas, on allait mal les traiter ou on dit que les gens mouraient là-bas [...]. Mais finalement, eux, quand leur grand-oncle les a forcés à y aller, personne ne les a maltraités. (T. D., topographe, Cosa, avril 2017; 7 personnes ont contracté Ebola dans sa concession, dont 4 sont décédées)

### Les CTE marqués par la mémoire de l'enfermement

Bien que certaines rumeurs au sujet des CTE (vols d'organes, tortures, empoisonnements) ne relèvent que de la fiction, d'autres s'avèrent plus réalistes en s'inscrivant dans la continuité des expériences de recours aux soins médicaux par les Guinéens (Somparé, 2017). Aussi, l'organisation des CTE, avec leur système de triage à l'entrée, de visites à distance pour les proches et de mise

en retrait de la société, s'apparente dans les récits collectés à une forme d'emprisonnement (Gomez-Temesio et Le Marcis, 2017). Or, au moins trois moments de l'histoire de la Guinée ont été marqués par les expériences d'enfermement de sa population.

D'abord, l'enfermement dans les prisons coloniales selon des logiques raciales, les prisonniers étant répartis selon leur origine et selon la gravité de leurs crimes entre le pénitencier de l'île de Fotoba au large de Conakry et la prison centrale de la capitale (Diallo, 2005; Commission pénitentiaire du ministère de la Justice de la République de Guinée, 2015). Durant l'épidémie d'Ebola, le traitement différencié des malades selon qu'ils étaient considérés comme des Guinéens ordinaires, des soignants ou des travailleurs de première ligne, ou des expatriés a pu être perçu d'une manière semblable (Gomez-Temesio, 2020).

Ensuite, dans le cadre de campagnes de médecine coloniales contre la trypanosomiase[8], par exemple, des centres de quarantaine fonctionnant sur un modèle analogue à celui des CTE servaient déjà à isoler les malades du reste de la population (Gomez-Temesio et Le Marcis, 2021). En raison de leur organisation, ces centres étaient des lieux de violences structurelles, au sens où s'y jouaient des rapports de pouvoir entre patients, soignants et gestionnaires (Farmer, 2001).

Enfin, le pays a connu avec les camps d'internement militaires de Sékou Touré une expérience de l'enfermement particulièrement traumatisante.

Ces différentes expériences d'enfermement ont participé à la construction d'une mémoire incorporée (Fassin, 2006) de la violence qui a orienté certains comportements et engendré certaines catégories d'entendement de la population pendant l'épidémie d'Ebola. À titre d'exemple, d'aucuns nommaient les CTE des « centres d'isolement », traduisant ainsi le sentiment de relégation que représente l'expérience du CTE :

> Même pour dire « le CTE », les gens disaient au début « centre d'isolement ». « Isolement », ça touchait les gens. […] [Q]uand on envoyait les gens au début pour le traitement, on appelait [ça] « centre d'isolement ». Cela veut dire : personne ne doit te rendre visite. (R. K., secrétaire de la Jeunesse dans son quartier, ingénieur agronome de formation, Dixinn Centre, mai 2017)

Cette mise à l'écart de la société et de la parentèle a d'ailleurs été vécue par plusieurs comme une forme d'emprisonnement :

> Je pouvais avoir de la nourriture, mais quand on dit de ne pas sortir, c'est une manière d'emprisonnement, quoi ! C'est comme si on te mettait en prison… (A. D., pêcheur, Dixinn Port, mai 2017; sa fille a eu Ebola)

Au cours de cette recherche, les enquêtés n'ont jamais fait de lien direct entre les CTE et ces différents modes d'enfermement. Cependant, les témoignages collectés sur la crainte suscitée par les CTE font écho à ceux recueillis à propos du camp Boiro. La terminologie mobilisée par les acteurs pour rapporter leur expérience des CTE est semblable à celle utilisée à propos des camps militaires (isolement, enfermement, prison, peur). Dans *Mémoire collective* (Bah *et al.*, 2018 : 47), Adama Camara, écolier du régime de Sékou Touré, explique au sujet des camps militaires : « Je ne voulais pas savoir, j'avais trop peur […]. La plupart des gens qui [y] rentraient n'en ressortaient pas vivants. C'est tout ce qu'on savait. Cela suffisait à nous faire taire. » Ces propos concernant le camp Boiro résonnent singulièrement avec ceux de S. D. au sujet des CTE[9] rapportés plus haut.

## Une mort inconcevable dans les CTE ?

Diverses rumeurs ont circulé au sujet des CTE. Si certaines renvoient à la mémoire de l'enfermement et à l'expérience de la violence politique en Guinée, d'autres relèvent davantage de ce que Jean-Pierre Dozon (2017) appelle la « puissance fictionnelle » des films catastrophes et des récits sur les épidémies. Ces fictions viennent renforcer l'imaginaire autour des crises sanitaires. Elles créent ainsi un « redoublement fictionnel » favorisant la constitution d'une zone de flou qui, située à la frontière entre le réel et le fictif, s'avère propice à l'émergence des théories complotistes. De telles théories ne sont pas absentes dans le cas de l'épidémie d'Ebola, mais les rumeurs se sont également nourries de récits témoignant de mauvais traitements et du constat de l'important nombre de décès dans les CTE.

La peur de mourir au CTE se décline selon plusieurs scénarios. L'un d'entre eux, exprimé de manière récurrente, est la peur d'être empoisonné. La Croix-Rouge est ainsi soupçonnée d'être « mandataire d'empoisonner les gens », ce qui génère des suspicions sur la nourriture :

> Quand on leur donnait à manger, ils préféraient jeter, quoi. Ils pensaient que c'était autre chose, quoi. (R. K., mai 2017)

On note également que les traitements administrés dans les CTE engendrent autant, voire plus, de craintes que la maladie elle-même (Desclaux et Touré, 2019), phénomène que l'on retrouve dans le cas d'autres épidémies, comme celle, par exemple, de coronavirus, où la vaccination a fait l'objet de théories complotistes chez certains vaccino-sceptiques (Machingaidze et Wiysonge, 2021).

En Guinée, du fait des défaillances du système de santé, chaque acte médical doit être payé par le patient et sa famille, et la nourriture doit être fournie par les proches des personnes hospitalisées. Dès lors, les repas offerts aux patients et les soins prodigués gratuitement au CTE apparaissent comme suspects.

D'autres rumeurs récurrentes sur les CTE concernent de possibles vols d'organes ou de certaines parties du corps, notamment lors des soins funéraires :

> [I]l y a eu des rumeurs aussi que la Croix-Rouge coupait des parties du corps. On disait que c'était des oreilles. Des gens disaient que c'était le sexe. (R. K., mai 2017)

Enfin, en tant que centres de quarantaine, les CTE sont, au même titre que les hôpitaux, souvent considérés comme des lieux où l'on risque d'être contaminé par la maladie[10] :

> En ce moment, si ta température monte ou bien tu as un simple palu, on t'env[oie] dans le centre Ebola. Et une fois en contact avec d'autres malades, même si au départ tu n'étais pas malade, tu auras à faire avec Ebola. (I. Y., enseignant, Matam, septembre 2019; son cousin est décédé d'Ebola)

Nombreux sont les proches de malades qui soupçonnent que leurs parents ou amis aient pu contracter Ebola dans un CTE ou à l'hôpital. C'est le cas par exemple d'I. Y., professeur de mathématiques dans un collège, qui, après avoir perdu un proche d'Ebola, s'interroge quant à l'origine de sa contamination :

> Le jour [où] on l'a conduit à l'hôpital, moi, je l'ai épaulé ici. Quand il faisait sa selle, c'est sa copine qui déversait ça. C'est pourquoi on dit que, si c'est effectivement Ebola qui l'a envoyé, alors là, nous, on a eu [de] la chance. On se demande : est-ce qu'il avait Ebola au départ ? Ou peut-être qu'il a contracté cette maladie-là là-bas… (I. Y., septembre 2019)

Dans ces propos, ce n'est pas l'existence d'Ebola qui est remise en question, mais la capacité de ces lieux de santé à protéger les individus. Sachant que les CTE sont vécus et perçus comme des espaces dangereux, je montrerai dans la partie suivante comment ils peuvent conduire les Guinéens à développer différentes stratégies pour les éviter (Fribault, 2015).

De la même manière que les « rumeurs », ces stratégies d'évitement des dispositifs de la « riposte » ont été décrites par les autorités sanitaires et politiques comme des « réticences », terminologie qui permet de renvoyer ces pratiques à une forme d'irrationalité, voire d'irresponsabilité d'une partie des Guinéens vis-à-vis des mesures prises pour lutter contre l'épidémie. Or, ces pratiques de résistance populaire sont loin d'être spécifiques à l'épidémie d'Ebola. Elles s'inscrivent dans l'histoire des contestations politiques de la Guinée et en reprennent certaines des formes.

## « Réticences » ou mode de résistance historique ?

L'importance des « réticences » est au cœur de nombreux récits décrivant le déroulement de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, principalement lorsqu'il s'agit de rendre compte de la réception des mesures sanitaires par la population (Faye, 2015). Ces « contestations », qui ont également été documentées pour les épidémies d'Ebola d'Afrique centrale (Epelboin, Formenty et Bahuchet, 2003; Gasquet-Blanchard, Éliot et Hoyez, 2016), sont considérées par l'organisation de la réponse à l'épidémie tantôt comme un obstacle à la bonne gestion de l'épidémie, tantôt comme le témoignage d'un manque de compréhension, voire de l'ignorance de la population. En Guinée, elles ont pu prendre des formes particulièrement violentes, contrairement aux pays voisins comme la Sierra Leone et le Liberia. Le massacre de Womey, le 16 septembre 2014, au cours duquel huit personnes d'une délégation de la « riposte » ont été tuées par les habitants, en est un des exemples les plus marquants. Si cet événement est souvent utilisé par les médias pour illustrer les « réticences » guinéennes, il n'est pas représentatif de la grande majorité des réactions de la population vis-à-vis des mesures de lutte contre l'épidémie d'Ebola. En fait, dans le discours officiel de la « riposte », tous les actes entravant la bonne gestion de l'épidémie étaient désignés sous le vocable de « réticences ». Or, comme les anthropologues Annie Wilkinson et James Fairhead (2017) le rappellent, il convient de faire une distinction entre des « réticences », attribuables à des facteurs extérieurs (ne pas pouvoir payer le transport jusqu'au lieu de soins par exemple), et des « résistances », qui sont

des actes conscients et militants. Pour me déprendre du discours réduisant les réactions de la population guinéenne à des « réticences », je propose de les analyser comme des formes de « résistance » afin de ne pas en occulter la portée politique.

Au cours des entretiens, plusieurs motifs de résistance ont été avancés. Ceux à l'encontre des travailleurs de première ligne, souvent appelés les « gens d'Ebola » (Somparé, 2020), sont les plus communément exprimés :

> Des fois, on saccageait les *pick-up* de la Croix-Rouge, mais des fois aussi on ne saccageait pas, mais tout simplement, quand la Croix-Rouge venait chercher les malades pour le corps, ils refusaient. (K. S., conseiller communautaire durant l'épidémie d'Ebola, Hamdallaye, avril 2017)

Cette défiance à l'égard des « gens d'Ebola » s'explique par le fait qu'ils étaient perçus comme des *menguesagni*, soit littéralement « les jambes du chef » en langue soussou (Somparé, 2017). Ces travailleurs de première ligne ont donc été reçus comme les représentants d'un État dont les Guinéens, du fait de l'histoire politique du pays, ont appris à se méfier. De même, les hôpitaux publics sont des lieux craints en Guinée (Somparé, 2017). La fuite, la dissimulation des personnes atteintes ou le refus de certains Guinéens de placer leurs proches dans les CTE apparaissent alors moins comme des « réticences » à la réponse sanitaire contre l'épidémie que comme des actes de résistance – actes qu'il faut ici entendre comme des formes de protestation « à petit bruit » contre des autorités publiques que l'on sait habituées à recourir à des formes de répression militaire violente pour exercer leur pouvoir. Pour échapper à la « riposte », c'est fréquemment dans le village d'origine ou auprès de membres de la famille habitant dans un autre quartier ou une autre ville que les malades trouvent refuge (Fribault, 2015). Dans la famille de T. D., des personnes malades ont par exemple décidé d'aller se cacher dans un autre quartier :

> Quand on a détecté Ebola, ceux qui sont allés dans le centre [de santé], ils sont sortis, ils ne sont pas revenus dans la famille ici. Ils sont allés dans l'autre famille à Matoto, donc ils se sont cachés pour y aller. (T. D., avril 2017)

Bien souvent, les personnes qui préfèrent fuir décèdent dans leur famille, celle-ci pouvant alors pratiquer les rituels funéraires propres à leurs croyances. La gestion des corps des défunts a d'ailleurs été à l'origine de nombreuses résistances. Pendant l'épidémie, afin de limiter le risque contagieux, la prise en

charge des morts était officiellement dévolue à des professionnels formés par la Croix-Rouge. Or, ces professionnels ne pratiquaient pas les rites funéraires respectant les coutumes et les traditions religieuses. Nombreuses sont les familles qui se sont ainsi opposées à ce que la Croix-Rouge place les corps des défunts dans des sacs mortuaires avant de les enterrer dans des fosses communes, ce que rapporte cet habitant de Conakry :

> Ça n'a pas été facile, et puis les gens ont été très hostiles à ce qu'on mette les corps dans le caoutchouc. [...] C'est comme si on mettait des ordures dans un caoutchouc... On attache, on jette[11]. (K. S., avril 2017)

Selon l'anthropologue Louis-Vincent Thomas (2003), la gestion des épidémies est organisée en faveur des vivants, ignorant pourtant l'importance que revêt le bon traitement des morts pour la paix des vivants. Or, dans les cosmologies musulmanes et animistes de Guinée, un mort mal honoré peut revenir hanter ceux qui lui survivent (Epelboin, Formenty et Bahuchet, 2003; Hewlett et Amola, 2003). Comprendre le rapport aux défunts propre à la Guinée permet alors d'expliquer certaines formes de résistance populaire. L'anthropologue Christophe Pons (2004) propose une autre piste qui m'apparaît tout aussi pertinente pour comprendre la portée politique du traitement des morts. À partir d'un terrain islandais, il envisage le respect des morts comme une notion universelle. Comme en Guinée, il existe en Islande un partenariat symbolique entre vivants et morts impliquant que ces derniers soient « honorés ». Ces pratiques constituent donc un enjeu anthropologique qui, sous des formes différentes, se retrouve dans toutes les sociétés humaines. Cet enjeu est souvent réactivé dans les situations épidémiques, où l'urgence sanitaire conduit à suspendre les routines de la vie ordinaire. Ainsi, en France, lors de l'épidémie de COVID-19, une partie de la population s'est indignée de ne pas pouvoir se rassembler en famille pour enterrer un proche ou encore de devoir « adapter » les derniers sacrements religieux en fonction de la situation pandémique (Frégosi, 2020). De même, aux États-Unis, lors des premiers mois de l'épidémie, l'émotion suscitée par les fosses communes à New York a été vive (Hennigan, 2020). Est-elle si différente de celle des Guinéens se disant choqués de voir des parents enterrés, eux aussi, dans des fosses communes (Le Marcis, 2015) ?

Afin de contenir ces actes de résistance (Le Marcis *et al.*, 2019), des campagnes de sensibilisation et d'information ont été menées par différentes organisations non gouvernementales. Leur objectif était d'améliorer les échanges avec

les populations en passant par différents médiateurs : chefs de quartier, représentants des femmes ou de la jeunesse, représentants religieux. Mais ces opérations de sensibilisation sont rapidement apparues moins comme une façon d'engager un dialogue sur les mesures à adopter qu'une façon de convaincre la population du bien-fondé du message et des actions de « la réponse » contre l'épidémie (Faye, 2015). Très vite, ne reposant que sur le fait d'appartenir aux populations locales pour être choisis par la riposte, ces médiateurs ont vu leur crédibilité et leur légitimité remises en cause. Dans un contexte de corruption systémique (Blundo et Olivier de Sardan, 2007), le message de la riposte finit par devenir inaudible ou synonyme de mensonge, et ceux le relayant furent dénoncés comme des opportunistes soupçonnés d'être payés pour le diffuser (Somparé, 2020). D'autres acteurs, parfois même de simples citoyens, sans lien avec la réponse institutionnelle à l'épidémie, ont aussi été disqualifiés en étant publiquement accusés de faire partie d'un « *Ebola business* ». C'est par exemple le cas de cet homme qui, en essayant de convaincre sa famille d'envoyer sa sœur malade au CTE, s'est vu accusé de corruption :

> Certains mal intentionnés pensaient que les gens de la Croix-Rouge m'avaient appelé quelque part pour me donner quelque chose. Et que j'ai reçu quelque chose pour me convaincre, que c'est pourquoi je suis en train de défendre la Croix-Rouge. Ils ont dit que j'ai vendu l'âme de ma sœur. (B. D., fils d'A. D., chef de poste dans une société de gardiennage, Dixinn Port, décembre 2018; sa sœur a eu Ebola)

## Conclusion

En Guinée, l'histoire politique conduit à ce que les rapports des citoyens vis-à-vis des représentants de l'État soient empreints de méfiance, voire de peur, fragilisant la confiance dans les institutions publiques. Les relations aux intervenants de la « riposte », déjà compliquées dans un contexte postcolonial (Niang, 2014), se sont avérées d'autant plus difficiles qu'il reste du règne de Sékou Touré une forte ambiguïté. Décrié pour son autoritarisme, il est aussi un « héros » de l'indépendance vis-à-vis de la France. Or, le recours à l'aide internationale pour lutter contre l'épidémie tend à nuancer l'indépendance de la Guinée.

En outre, en ne reconnaissant que trop peu le rôle de la parentèle dans la prise en charge de la maladie (Somparé, 2017), les CTE ont cristallisé de

nombreuses craintes. Leur mode d'organisation et de fonctionnement pour prévenir les contaminations a conduit à rejeter et à disqualifier les savoirs expérientiels et les pratiques usuelles de soins en Guinée. Rappelant les camps d'internement militaires, les CTE ont ainsi été perçus et vécus comme des lieux d'emprisonnement et de mort, alors même qu'ils pouvaient offrir des soins et donc une chance de guérir de la maladie. Ces représentations marquées par l'histoire politique violente de la Guinée ont nourri nombre de rumeurs sur les CTE.

Dans ce contexte épidémique, les Guinéens ont développé des formes de « résistance », se manifestant parfois par des actes violents à l'égard des représentants de la « riposte ». Pour autant, ceux-ci sont loin d'être les plus représentatifs. Généralement, les actes de résistance se sont déployés à petit bruit, dans des relations de proximité, pour se protéger et protéger les malades comme les défunts de pratiques de prophylaxie jugées contraires aux principes et aux règles de la vie commune.

En cela, la manière dont la réponse épidémique et ses dispositifs ont été organisés ainsi que leur réception par la population ne marquent pas une rupture dans l'histoire politique du pays. Au contraire, elles s'inscrivent dans la continuité des relations entre l'État et les différentes composantes de la population guinéenne.

—

## Bibliographie

Aldrin, Philippe. 2003. « Penser la rumeur : une question discutée des sciences sociales », *Genèses*, 50, 1 : 126.

Bah, Hakim. 2013. *Sur la pelouse*, suivi de *Le cadavre dans l'œil*. Carnières, Lansman éditeur.

Bah, Mouctar, Maladho Siddy Baldé, Aliou Barry, Mohamed Saliou Camara, Anne Cantener, Laurent Correau, Safiatou Diallo, Vincent Foucher, Florent Geel, Florence Morice, Martin Mourre, Coralie Pierret, Antonin Rabecq, Olivier Rogez, Elizabeth Schmidt, Romain Tiquet et Carol Valade. 2018. *Mémoire collective. Une histoire plurielle des violences politiques en Guinée. Regards croisés de journalistes, d'universitaires et de défenseurs des droits humains*. Paris/Conakry, Radio France International (RFI)/Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH). <https://www.memoire-collective-guinee.org/>. Page consultée le 1er mars 2022.

Barry, Alpha Amadou Bano. 2000. *Les violences collectives en Afrique : le cas guinéen*. Paris, L'Harmattan.

Barry, Alpha Ousmane. 2004. *Les racines du mal guinéen*. Paris, Karthala.

Barry, Alpha Ousmane et Jules Duchastel. 2003. *Parole futée, peuple dupé : discours et révolution chez Sékou Touré*. Paris, L'Harmattan.

Blundo, Giorgio et Jean-Pierre Olivier de Sardan (dir.). 2007. *État et corruption en Afrique : une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*. Paris, Karthala.

Calain, Philippe et Marc Poncin. 2015. « Reaching Out to Ebola Victims: Coercion, Persuasion or an Appeal for Self-Sacrifice ? », *Social Science & Medicine*, 147 : 126-133.

Chippaux, Jean-Phillipe. 2009. « Conception, utilisation et exploitation des autopsies verbales », *Médecine Tropicale*, 69, 2 : 143-150.

Commission pénitentiaire du ministère de la Justice de la République de Guinée. 2015. *La Guinée face à ses prisons : rapport de la Commission pénitentiaire*. Paris, L'Harmattan.

Courau, Henri. 2007. *Ethnologie de la* Forme-camp *de Sangatte. De l'exception à la régulation*. Paris, Éditions des archives contemporaines.

Das, Veena. 2007. *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. Berkeley, University of California Press.

Desclaux, Alice et Abdoulaye Touré. 2019. « L'ambivalence des médicaments. Un "traitement qui tue" dans les centres de traitement Ebola (Guinée, 2014-2016) », dans Carine Baxerres et Charlie Marquis (dir.). *Régulations, marchés, santé : interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique. Actes du colloque de Ouida, Bénin, mars 2018*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01988227>. Page consultée le 1er mars 2022.

Diallo, Alpha-Abdoulaye. 2004. *Dix ans dans les geôles de Sékou Touré, ou la vérité du ministre*. Paris, L'Harmattan.

Diallo, Mamadou Dian Cherif. 2005. *Répression et enfermement en Guinée : le pénitencier de Fotoba et la prison centrale de Conakry de 1900 à 1958*. Paris, L'Harmattan.

Dozon, Jean-Pierre. 2017. *La vérité est ailleurs : complots et sorcellerie*. Paris, Maison des sciences de l'homme, coll. « Interventions ».

Epelboin, Alain, Pierre Formenty et Serge Bahuchet. 2003. « Du virus au sorcier. Approche anthropologique de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola (district de Kellé, Cuvette ouest, Congo, février 2003) », *Canopée*, 24 : 5-6.

Farmer, Paul. 2001. « "La violence structurelle et la matérialité du social." Leçon inaugurale au Collège de France », *Collège de France*. <https://www.college-de-france.fr/site/paul-farmer/inaugural-lecture-2001-11-09.htm>. Page consultée le 4 décembre 2021.

Fassin, Didier. 2006. *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. Paris, La Découverte.

Faye, Sylvain Landry B. 2015. « L'"exceptionnalité" d'Ebola et les "réticences" populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique », *Anthropologie et Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 11. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1796>. Page consultée le 1er mars 2022.

Fouillet, Thibault. 2020. « De la "guerre sanitaire". Mise en perspective de l'emploi du registre guerrier dans la crise du coronavirus », *Fondation pour la recherche stratégique*, note n° 13, 1er avril. <https://www.frstrategie.org/publications/notes/guerre-sanitaire-mise-perspective-emploi-registre-guerrier-dans-crise-coronavirus-2020>. Page consultée le 1er mars 2022.

Frégosi, Franck. 2020. « Inhumer et honorer ses morts par temps d'épidémie dans l'islam de France », document de travail. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03090441>. Page consultée le 1er mars 2022.

Fribault, Mathieu. 2015. « Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute », *Anthropologie et Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 11. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1761>. Page consultée le 1er mars 2022.

Gasquet-Blanchard, Clélia, Emmanuel Éliot et Anne-Cécile Hoyez. 2016. *Ebola, géographie d'une crise sanitaire, 1994-2005*. Rennes, Presses universitaires des Rennes.

Goerg, Odile. 1985. « Conakry : un modèle de ville coloniale française ? Règlements fonciers et urbanisme, de 1885 aux années 1920 », *Cahiers d'études africaines*, 25, 99 : 309-335.

Goerg, Odile, Céline Pauthier et Abdoulaye Diallo (dir.). 2010. *Le NON de la Guinée (1958). Entre mythe, relecture historique et résonnances contemporaines*. Paris, L'Harmattan.

Gomez, Alsény René. 2007. *Camp Boiro. Parler ou périr*. Paris, L'Harmattan.

Gomez-Temesio, Veronica. 2018. « Outliving Death: Ebola, Zombies, and the Politics of Saving Lives », *American Anthropologist*, 120, 4 : 738-751.

Gomez-Temesio, Veronica. 2020. « Aux confins de la quarantaine : les zombies de notre monde », *Anthropologie et Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 21. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.7828>. Page consultée le 1er mars 2022.

Gomez-Temesio, Veronica et Frédéric Le Marcis. 2017. « La mise en camp de la Guinée. Ebola et l'expérience postcoloniale », *L'Homme*, 222, 2 : 57-90.

Gomez-Temesio, Veronica et Frédéric Le Marcis. 2021. « Governing Lives in the Times of Global Health », dans Lene Pedersen et Lisa Cliggett (dir.). *The SAGE Handbook of Cultural Anthropology*. Los Angeles/Londres/New Delhi/Singapour/Washington DC/Melbourne/Thousand Oaks, SAGE : 554-557.

Hennigan, W. J. 2020. « Lost in the Pandemic: Inside New York City's Mass Graveyard on Hart Island », *Time*, 18 novembre. <https://time.com/5913151/hart-island-covid/>. Page consultée le 22 janvier 2022.

Hewlett, Barry S. et Richard P. Amola. 2003. « Cultural Contexts of Ebola in Northern Uganda », *Emerging Infectious Diseases*, 9, 10 : 1242-1248.

Human Rights Watch. 2020a. « Guinée : le respect des droits humains est essentiel dans la lutte contre le COVID-19 », 29 avril. <https://www.hrw.org/fr/news/2020/04/29/guinee-le-respect-des-droits-humains-est-essentiel-dans-la-lutte-contre-le-covid-19>. Page consultée le 7 janvier 2022.

Human Rights Watch. 2020b. « "Ils ont laissé les gens s'entretuer." Violences à Nzérékoré lors du référendum constitutionnel et des élections législatives en Guinée », 25 septembre. <https://www.hrw.org/fr/report/2020/09/25/ils-ont-laisse-les-gens-sentretuer/violences-nzerekore-lors-du-referendum>. Page consultée le 7 janvier 2022.

Institut national de l'audiovisuel (INA). 1958. « Allocution du président Sékou Touré en réponse à la proposition de communauté de De Gaulle ». <http://www.ina.fr/audio/PHZ09010864>. Page consultée le 10 mai 2021.

Jackson, Michael. 2004. « The Prose of Suffering and the Practice of Silence », *Spiritus: A Journal of Christian Spirituality*, 4, 1 : 44-59.

Kamara, Lamine. 2012. *Guinée : sous les verrous de la révolution. Autobiographie*. Paris, L'Harmattan.

Le Marcis, Frédéric. 2015. « "Traiter les corps comme des fagots." Production sociale de l'indifférence en contexte Ebola (Guinée) », *Anthropologie et Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 11. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1907>. Page consultée le 1er mars 2022.

Le Marcis, Frederic, Luisa Enria, Sharon Abramowitz, Almudena-Mari Saez et Sylvain Landry B. Faye. 2019. « Three Acts of Resistance during the 2014-2016 West Africa Ebola Epidemic », *Journal of Humanitarian Affairs*, 1, 2 : 23-31.

Lewin, André. 2002. « Jacques Foccart et Ahmed Sékou Touré », *Les Cahiers du Centre de recherches historiques*, 30. <https://doi.org/10.4000/ccrh.712>. Page consultée le 1er mars 2022.

Machingaidze, Shingai et Charles Shey Wiysonge. 2021. « Understanding COVID-19 Vaccine Hesitancy », *Nature Medicine*, 27, 8 : 1338-1339.

Mbow, Fatou F. 2015. « MSF Ebola Treatment Centres Were Far from Perfect », *BMJ*, 350 : h2787.

McGovern, Mike. 2013. *Unmasking the State: Making Guinea Modern*. Chicago, University of Chicago Press.

Monénembo, Tierno. 2019. « Camp Boiro : l'Auschwitz des Guinéens », *Le Point Afrique*, 16 février. <https://www.lepoint.fr/afrique/livre-camp-boiro-l-auschwitz-des-guineens-16-02-2019-2293892_3826.php>. Page consultée le 15 juin 2021.

Niang, Cheikh Ibrahima. 2014. « Ebola : une épidémie postcoloniale », *Politique étrangère*, 4 : 97-109.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2009. *Normes d'autopsie verbale : établissement et attribution de la cause de décès*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44056>. Page consultée le 1er mars 2022.

Person, Yves. 1970. *Samori, une révolution dyula*, t. II. Thèse de doctorat. Paris, Faculté des lettres de Paris.

Pons, Christophe. 2004. « La mort est-elle une catégorie universelle ? Réflexions à partir de quelques données islandaises », dans Simone Pennec (dir.). *Des vivants et des morts. Des constructions de la « bonne mort »*. Brest, Université de Bretagne occidentale : 269-277.

Rasmussen, Anne. 2020. « La métaphore guerrière est historique dans le domaine de la santé publique », *Le Monde*, 23 octobre. <https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/10/23/la-metaphore-guerriere-est-historique-dans-le-domaine-de-la-sante-publique_6057055_3232.html>. Page consultée le 23 janvier 2022.

Richards, Paul. 2016. *Ebola : How a People's Science Helped End an Epidemic*. Londres, Zed Books.

Somparé, Abdoulaye Wotem. 2017. « La politique et les pratiques de santé en Guinée à l'épreuve de l'épidémie d'Ebola : le cas de la ville de Conakry », *Lien social et Politiques*, 78 : 193-210.

Somparé, Abdoulaye Wotem. 2020. *L'énigme d'Ebola en Guinée : une étude socioanthropologique des réticences*. Paris, L'Harmattan.

Thomas, Louis-Vincent. 2003. *Rites de mort : pour la paix des vivants*. Paris, Fayard.

Wilkinson, Annie et James Fairhead. 2017. « Comparison of Social Resistance to Ebola Response in Sierra Leone and Guinea Suggests Explanations Lie in Political Configurations Not Culture », *Critical Public Health*, 27, 1 : 14-27.

## Notes

1 Cette logique guerrière trouve résonance dans l'allocution prononcée par Emmanuel Macron le 16 mars 2020 au sujet de l'épidémie de coronavirus, où il déclarait : « Nous sommes en guerre. »

2 La réflexion présentée ici s'inscrit dans un projet de doctorat financé par le programme « EBOVAC3 – Bringing a prophylactic Ebola vaccine to licensure ». Ce projet a reçu le soutien et le financement commun de l'Innovative Medicines Initiative 2 sous la convention de subvention n° 800176, du programme de recherche et d'innovation Horizon 2020 de l'Union européenne, de la Fédération européenne d'associations et d'industries pharmaceutiques (EFPIA) et de la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI). Le projet EBOVAC3 est géré par la London School of Hygiene and Tropical Medicine et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'auteure et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles ou les politiques d'autres membres du consortium ou des financeurs.

3 Cette approche a été pensée intuitivement et ne s'appuie pas sur une méthode formellement décrite dans la littérature scientifique.

4 « Guinée : le goulag tropical de l'horreur », *France 24*, 27 mai 2008. <https://www.youtube.com/watch?v=jGKspDTIFyE>. Page consultée le 24 mars 2021.

5 Le stade porte ce nom en référence au 28 septembre 1958, date du référendum au cours duquel les Guinéens ont affirmé leur volonté d'indépendance en s'opposant à la communauté française proposée par le général de Gaulle.

6 Le terme « concession », bien qu'il soit utilisé au quotidien par les habitants de Conakry, tire son origine de la construction de Conakry en tant que ville coloniale (Goerg, 1985), où les terrains étaient « concédés » aux Guinéens par les administrateurs français.

7 Il n'existe pas de traitement contre Ebola. Seuls les soins palliatifs peuvent améliorer l'état des patients.

8 La trypanosomiase est communément appelée « maladie du sommeil ».

9 *Cf. supra* : « Le nom d'Ebola était effrayant, les gens disaient à ce moment que quand tu rentres au CTE, tu ne vas plus ressortir, et qu'ils tuaient beaucoup de gens là-bas. »

10 Ce risque d'être contaminé dans les CTE a également été rapporté par des professionnels de la santé et de l'intervention humanitaire (Calain et Poncin, 2015; Mbow, 2015), accréditant les savoirs expérientiels (Richards, 2016) acquis par la population.

11 Les sacs mortuaires étaient communément appelés « *foré sac* », ce qui signifie en soussou « sac noir ». C'est ainsi que l'on nomme en Guinée les sachets dans lesquels sont vendus les produits et aliments, et dans lesquels on place ensuite les ordures.

# Résilience face aux crises sanitaires : un modèle d'analyse pour mieux cerner la complexité de gestion dans les États fragiles

**STÉPHANIE MALTAIS**
Chercheuse postdoctorale et professeure à temps partiel — École de développement international et mondialisation, Université d'Ottawa

**SOPHIE BRIÈRE**
Professeure titulaire — Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

**SANNI YAYA**
Professeure titulaire — École de développement international et mondialisation, Université d'Ottawa

—

## Introduction

Les crises sont exceptionnelles dans la mesure où elles viennent perturber le fonctionnement, les objectifs et parfois même les valeurs des organisations (Adrot et Garreau, 2010). Cela nécessite d'adopter de nouvelles pratiques et de constamment se renouveler. Les crises permettent aussi de déceler des faiblesses dans l'ensemble des composantes de gestion, qu'il s'agisse des politiques et des stratégies, de la réactivité, des insuffisances sur le plan des ressources, etc. (Carney et Weber 2015).

Dans les États fragiles, les institutions sont généralement faibles, les contextes fréquemment instables, et les gouvernements manquent souvent d'autorité ou de légitimité, ce qui perturbe inévitablement la gestion des crises (Arandel, Brinkerhoff et Bell, 2015; Newbrander, Waldman et Shepherd-Banigan, 2011).

Le cas de la première épidémie de maladie à virus Ebola en Guinée, entre 2013 et 2016, a mis en exergue les défaillances organisationnelles des institutions guinéennes quant à la gestion de la crise et leur dépendance aux partenaires techniques et financiers internationaux (Maltais, 2019). Plusieurs chercheurs, comme Boozary, Farmer et Jha (2014), Kekulé (2015) et Kruk *et al*. (2015), ont accusé les déficits en matière de résilience pour expliquer les difficultés de gestion de la crise.

Dans une optique de renforcement de la résilience face aux crises sanitaires, il importe d'étudier les expériences passées pour mieux se préparer aux crises à venir (Anttila, 2014). Ainsi, le fait d'analyser une crise d'envergure comme celle d'Ebola en Guinée permet de noter certains apprentissages qui ont été utiles pour renforcer la gouvernance institutionnelle vis-à-vis des crises sanitaires actuelles (COVID-19, résurgence d'Ebola en 2021, émergence du virus de Marburg en 2021, etc.) et de celles à venir. Cet article[1], qui reprend certaines composantes d'une thèse doctorale (Maltais, 2019), a pour objectif de répondre à la question suivante : comment renforcer la résilience pour favoriser la gestion des crises sanitaires dans les États fragiles ? Les résultats sont issus d'une triangulation des données récoltées en 2017, *a posteriori* de la première épidémie d'Ebola, à travers des entretiens semi-dirigés, de l'observation directe et une analyse documentaire.

Nous présenterons d'abord le cadre théorique et la méthodologie. Ensuite, les résultats cibleront les éléments les plus importants répertoriés lors de la collecte de données. Dans la discussion, nous exposerons notre modèle pour renforcer la résilience face aux crises sanitaires dans les États fragiles. Nous discuterons des apports de ce modèle à la littérature sur la gestion des épidémies.

## Revue de la littérature et cadre théorique

Notre recherche repose sur certains concepts clés, dont les défis spécifiques de la gestion des crises sanitaires dans les États fragiles et la résilience pour aider à gérer la complexité des crises.

### Les défis de la gestion des crises sanitaires dans les États fragiles

En 2021, l'Index de fragilité des États classait la Guinée au 14e rang des États les plus fragiles au monde sur un total de 179 pays (The Fund for Peace, 2021). Selon l'Organisation de coopération et de développement

économiques (OCDE) (2016), la fragilité des États repose sur cinq dimensions, à savoir la violence, la justice, les institutions, les fondements économiques et la résilience. Dans les États fragiles, le plus grand défi de la gestion des épidémies réside dans la fragilité des systèmes de santé liée aux lacunes de financement, de gestion des ressources ou de prestation de services (Newbrander, Waldman et Shepherd-Banigan, 2011). Ajoutons à cela la mauvaise gouvernance, les déficits de leadership, les inégalités dans l'accès aux soins et les systèmes d'information déficients omniprésents dans les systèmes de santé fragiles (Kruk *et al.*, 2010).

Les États affectés par Ebola pendant la période de 2013 à 2016 sont tous considérés comme fragiles et détenant des systèmes de santé précaires où il est difficile de répondre aux standards de riposte internationaux sans un appui considérable de partenaires internationaux (Boozary, Farmer et Jha, 2014; Elargoubi *et al.*, 2017). Les États fragiles et leurs systèmes de santé peinent à faire face aux défis que constituent les migrations ou encore les changements climatiques, qui peuvent accroître l'émergence de maladies à potentiel épidémique (Balabanova *et al.*, 2010). Ils ont aussi de la difficulté à répondre aux besoins urgents tout en maintenant les services de base nécessaires (Newbrander, Waldman et Shepherd-Banigan, 2011). Ces défis requièrent des investissements dans le renforcement de la résilience des systèmes de santé, mais également dans les systèmes de réponse aux crises en général.

## La résilience pour mieux gérer la complexité des crises sanitaires

Il n'existe pas de définition universelle de la résilience. « La résilience consisterait [...] en la capacité d'une personne ou d'un système à se remettre d'un choc et à demeurer relativement stable malgré un environnement turbulent. » (Therrien, 2010 : 155) Pour Kieny et Dovlo (2015), un système de santé résilient doit pouvoir absorber le choc d'une urgence sanitaire complexe tout en poursuivant l'offre de services de santé de base. D'ailleurs, pour ce faire, une approche multidisciplinaire et multisectorielle est encouragée compte tenu de l'interdépendance de la santé et de l'ensemble des composantes socioéconomiques (Kieny et Dovlo, 2015).

Dans le cas des États affectés par Ebola, considérant leur fragilité et leurs déficits spécifiques en matière de résilience, il n'existe pas de méthode unique qui aurait pu leur permettre de gérer cette urgence complexe. On critique souvent la tendance à vouloir implanter une méthode unique de gestion

des crises partout dans le monde sans tenir compte du contexte (Elargoubi *et al.*, 2017; Martineau, 2016). L'OCDE (2018) rappelle d'ailleurs que, pour lutter contre la fragilité des États, les méthodes et approches doivent être différenciées et adaptées aux particularités des contextes. De plus, soulignons que la complexité des crises sanitaires, parce qu'elles se déroulent dans un environnement changeant et qu'elles nécessitent une réponse inter-organisationnelle et multisectorielle (Day, 2014; Therrien, Normandin et Denis, 2017), fait en sorte qu'il est primordial d'avoir une bonne connaissance de ce contexte pour s'adapter aux turbulences qui y surviennent.

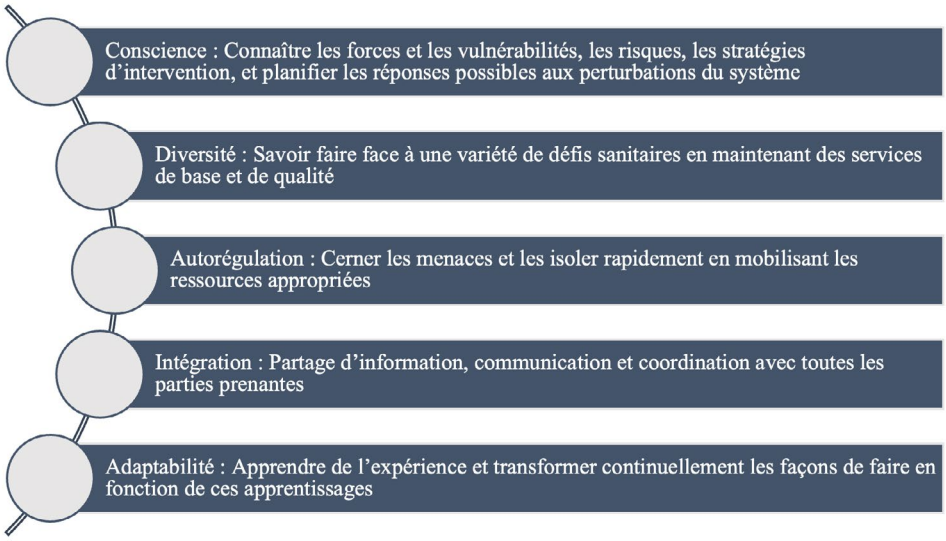
Les conditions de fragilité socioéconomique, institutionnelle et politique propres à chaque État fragile font que ces États sont reconnus pour avoir des déficits de résilience ne leur permettant pas de répondre efficacement aux crises sanitaires complexes, à l'inverse des systèmes de santé résilients, qui s'adaptent aux perturbations tout en maintenant leurs fonctions et services de base.

## Modèle théorique

Pour étudier les leçons apprises d'Ebola au Libéria, Kruk *et al.* (2015) ont développé un modèle de résilience des systèmes de santé qui comprend cinq caractéristiques, soit : la conscience, la diversité, l'autorégulation, l'intégration et l'adaptabilité. Ce modèle est pertinent dans le cadre de notre analyse puisqu'il provient de recherches sur l'amélioration des systèmes de santé et la construction de l'État dans des contextes fragiles. Comme il n'existe pas de modèle unique pour mesurer la résilience en raison de son caractère normatif et du fait qu'elle ne peut s'évaluer que par des comparaisons (Chandler, 2014), nous avons jugé que ces caractéristiques étaient les plus pertinentes pour notre étude.

La figure 1 présente les définitions de chacune des caractéristiques.

**Figure 1**
**Caractéristiques de la résilience sanitaire (Kruk *et al.*, 2015)**




Dans le cadre de la présente recherche, ces caractéristiques ont servi de variables de la résilience. La section suivante présentera la méthodologie de recherche et explicitera la façon dont ce modèle a été utilisé pour analyser les données.

## Méthodologie

La collecte de données sur le terrain s'est déroulée de mars à août 2017. Il s'agissait de documenter la résilience avant la première épidémie d'Ebola en 2013, puis son renforcement pendant et après l'épidémie. Pour cette recherche qualitative, 41 entretiens semi-dirigés ont été effectués avec des gestionnaires de différentes organisations impliquées dans la gestion des épidémies en Guinée. Ces entretiens ont été retranscrits et analysés dans QdAMiner selon l'arbre à codage suivant :

**Tableau 1**
**Arbre à codage (Maltais, 2019)**

| Catégories (Kruk *et al.*, 2015) | Codes |
|---|---|
| Conscience | Historique/Crises vécues précédemment<br>Enjeux de développement<br>Fragilité/Vulnérabilité/Risques<br>Cadres/Guides de gestion de crise sanitaire |
| Diversité | Défis variés en santé<br>Activités sanitaires régulières pendant Ebola<br>Capacités et compétences<br>Ressources financières<br>Ressources techniques, matérielles, logistiques, technologiques<br>Ressources humaines |
| Autorégulation | Rapidité de détection des menaces, de notification et d'intervention<br>Gestion des frontières et protocoles d'entente<br>Sécurité et suivi des contacts<br>Forces dans la gestion de la crise<br>Faiblesses et défis dans la gestion de la crise<br>Gestion des réticences communautaires |
| Intégration | Coordination et relations entre les acteurs<br>Leadership national<br>Communication et partage d'informations<br>Rôles et responsabilités des acteurs<br>Modes et méthodes de gestion; mécanismes de prise de décision |
| Adaptabilité | Changements de façons de faire<br>Leçons apprises<br>Préparation à une autre crise potentielle<br>Appropriation/Pérennité/Durabilité |

Pour compléter la collecte de données, une analyse documentaire a été réalisée, et 37 événements de gestion des crises ou de relèvement post-crise ont été observés. En 2017, une épidémie de rougeole était en cours, et d'autres cas suspects de maladies à potentiel épidémique ont été notifiés et confirmés, ce qui nous a permis d'analyser les mécanismes de gestion de crise en temps réel.

Le tableau 2 décortique le nombre d'entretiens par type d'acteur rencontré.

**Tableau 2**
**Provenance des gestionnaires interrogés**

| | | |
|---|---|---|
| Acteurs internationaux | Nations unies | 7 |
| | Institution financière internationale | 1 |
| | Acteurs bilatéraux | 2 |
| | Organisations non gouvernementales (ONG) | 6 |
| | Réseau sous-régional ouest-africain | 1 |
| Acteurs nationaux | Ministère de la Santé | 3 |
| | Présidence | 1 |
| | Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS) et cellule nationale de lutte contre Ebola | 9 |
| | Autres (laboratoires, Institut national de santé publique [INSP], etc.) | 4 |
| Acteurs locaux | Direction préfectorale ou communale de la santé; Direction de la santé de la Ville de Conakry | 5 |
| | Autres (ONG locale, secteur privé) | 2 |
| TOTAL | | 41 |

L'observation directe non participante a visé la préparation face aux crises sanitaires et l'intégration d'activités de prévention; le tableau 3 récapitule les événements observés.

**Tableau 3**
**Description des événements observés**

| Type d'événement | Nombre | Durée | Courte description |
|---|---|---|---|
| Réunions | **28** | **1 à 8 heures** | Information épidémiologique (n = 14), information de l'INSP (n = 1), approche « Une seule santé » (n = 1), projet REDISSE (Regional Disease Surveillance Systems Enhancement/ Renforcement des systèmes de surveillance des maladies en Afrique de l'Ouest) (n = 2), vaccins anti-Ebola (n = 1), décentralisation et supervision intégrée de la gestion des épidémies (n = 3), impact des changements climatiques sur la santé en Guinée (n = 1), harmonisation des données épidémiologiques (n = 1), bilan de l'année 1 de l'ANSS (n = 1), simulation d'épidémies (n = 2), surveillance à base communautaire (n = 1) |
| Visites de lieux | **5** | **S. O.** | ANSS, Croix-Rouge guinéenne, Direction de la santé de la Ville de Conakry, Institut national de santé publique (INSP) et Laboratoire national de santé publique, Santé Plus |
| Ateliers | **3** | **3 à 4 jours** | Évaluation externe du Règlement sanitaire international, approche « Une seule santé », projet REDISSE |
| Conférence et exposition | **1** | **8 heures** | Sur les projets de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) |

Une grille d'observation contenant des éléments à observer pour chacune des 5 caractéristiques de la résilience a été développée (Maltais, 2019 : 272). Par exemple, nous pouvions y noter les rôles et responsabilités des personnes participantes aux réunions ou encore les différents thèmes abordés pour chacune des cinq caractéristiques de la résilience.

Enfin, en plus d'une revue de la littérature scientifique effectuée en continu pendant le processus de recherche, certains documents partagés par l'ANSS, le ministère de la Santé, la Croix-Rouge guinéenne, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres sources, non disponibles publiquement ou encore

en cours de validation lors de la collecte, ont été consultés. Il pouvait s'agir de brouillons de plans nationaux, de rapports non publics ou de présentations de type PowerPoint ayant été utilisées pour des conférences ou des réunions. Il arrive fréquemment que des documents de différents acteurs guinéens contenant une mine d'informations ne fassent pas l'objet de publications scientifiques ou officielles. Au total, parmi les 48 documents consultés, nous en avons retenu 27 qui fournissaient des informations importantes sur des éléments relatifs au cadre théorique. Pour les sélectionner, une première lecture a été effectuée afin d'évaluer dans quelle mesure ils discutaient d'une ou de plusieurs caractéristiques de la résilience. Par la suite, comme pour les deux autres sources de données, les documents ont été analysés dans QdAMiner.

La saturation théorique d'une étude qualitative n'est jamais fixe (Savoie-Zajc, 2006); néanmoins, la taille de notre échantillon fournit une bonne diversité de parties prenantes impliquées lors de la réponse aux épidémies en Guinée, et les autres méthodes de collecte ont pu confirmer les résultats grâce à une triangulation des données. Pour ce faire, une matrice d'analyse a été développée (Maltais, 2019 : 87). Pour chaque source de données, un pointage a été accordé pour avoir discuté de l'une ou de plusieurs caractéristiques de la résilience selon le cadre théorique.

## Résultats

Pour répondre à la question de recherche, à savoir comment renforcer la gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles, nous présenterons les éléments qui sont revenus le plus souvent dans la collecte de données et qui ont été documentés dans les trois méthodes. La matrice d'analyse a permis de fournir un pointage pour chacune des méthodes de collecte de données et chacune des caractéristiques de la résilience (Maltais, 2019 : 87). Par exemple, lors des entretiens semi-dirigés et lors de l'analyse documentaire, c'est la caractéristique de l'intégration qui a été la plus documentée, ce qui s'explique certainement par tous les échanges qui ont eu lieu sur les défis de la coordination des parties prenantes. Lors de l'observation, c'est la caractéristique de la conscience qui s'est démarquée, assurément en raison du grand nombre de réunions d'information épidémiologique observées, où l'on discutait des risques et des stratégies d'intervention pour faire face aux menaces. Pour chacune des caractéristiques de la résilience, nous avons fait ressortir les éléments les plus importants par rapport au cadre théorique.

## Historique et crises vécues précédemment

Ce sont 8 personnes qui ont précisément abordé les crises vécues précédemment et l'histoire de la Guinée pour expliquer les lacunes dans la gestion de la première épidémie d'Ebola. Un acteur international a mentionné que le système de santé du pays constitue « un système extrêmement fragile dans son ensemble, de A à Z ». Un fonctionnaire guinéen a reconnu la dépendance aux partenaires internationaux pour la gestion des épidémies cycliques de rougeole et de choléra. Malgré ces maladies qui viennent et reviennent, l'État n'a toujours pas développé de plans pour se préparer aux épidémies. Quinze personnes interrogées ont décrié l'absence de protocoles ou de guides pouvant faciliter la riposte face aux épidémies. Les résultats soulignent l'importance de connaître ces déficiences ainsi que les causes de la fragilité afin de pouvoir renforcer la résilience dans chacun des aspects déficients. Lors de l'observation de l'évaluation externe du Règlement sanitaire international (RSI), nous avons pu noter les forces et les faiblesses identifiées par les parties prenantes depuis les dernières crises, et non seulement Ebola. Par exemple, on y a mentionné des faiblesses dans la communication sur les risques et dans la préparation face aux crises, notamment quant à l'absence d'un plan national multi-dangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique. On a également reconnu des forces dans l'accès aux vaccins et leur distribution à l'échelle nationale. Le rapport d'évaluation externe (OMS, 2017) présente un résumé de l'état des lieux en ce qui concerne la réponse aux crises sanitaires post-Ebola.

## Efficacité et légitimité des institutions

Certains sous-éléments ressortent des entretiens, comme le renforcement du leadership national évoqué dans 16 entretiens différents, ou encore l'importance de créer un regroupement sectoriel (*cluster*) pour la santé qui soit permanent et fonctionnel, afin de renforcer le système de santé en général, ainsi que le rappellent trois acteurs internationaux. Selon un acteur international, en l'absence d'un tel type de regroupement en amont de l'épidémie, la gestion se fait « au gré des relations, des réunions informelles, et finalement, sur le terrain, il y [a] beaucoup de cacophonie ». L'observation des réunions hebdomadaires d'information épidémiologique a permis de constater leur importance. Elles agissent de la même manière que le feraient des réunions d'un regroupement sectoriel lors de crises. En l'absence d'un *cluster* officiel, il est primordial de maintenir ces réunions pour assurer la coordination des interventions de la multitude de parties prenantes, partager les informations hebdomadairement et échanger sur les risques.

### Aspects socioculturels

Deux acteurs nationaux ont mentionné le besoin de développer et de renforcer la culture de l'urgence, autrement dit la réactivité lors de l'émergence d'un risque. Parmi les solutions proposées, on trouve le renforcement de la culture du changement et l'investissement dans la formation et le leadership des jeunes au sein du système de santé. Ce commentaire d'un acteur national est révélateur à cet égard :

> Dire qu'on peut gérer une épidémie majeure sans l'intervention des partenaires, j'ai des doutes. C'est encore difficile, parce que ça ne dépendrait pas uniquement des compétences acquises, mais ça dépendrait même de notre culture. Il faut aussi en tenir compte, à savoir [que] la promptitude et la diligence ne sont pas souvent dans nos habitudes.

Lors de l'observation, il a été porté à notre attention que la direction de la cellule de lutte contre Ebola a aidé à embaucher 800 jeunes pour lutter contre l'épidémie, dont plusieurs sont toujours à la fonction publique, ce qui fait dire à un acteur local : « [O]n a un personnel assez soutenu qui pourra nous aider à soutenir le système de santé. » L'ANSS s'est aussi assurée d'embaucher des jeunes dans chacun des départements afin de former la relève.

### Aspects politico-légaux

Il faut développer, améliorer ou valider, dans des délais raisonnables, des plans et protocoles d'intervention lors des crises sanitaires. Au cours des entretiens, 15 personnes ont décrié l'inexistence ou la méconnaissance de l'existence de tels plans, tandis que 6 autres ont signalé l'existence de certains plans, mais aussi qu'ils étaient multirisques ou principalement axés sur le choléra, pas à jour, ni opérationnels, ni adaptés à Ebola. Le fait d'avoir des protocoles clairs permet de savoir qui fait quoi, quand et où, lors des différentes phases d'intervention. L'observation directe et l'analyse documentaire ont confirmé que plusieurs plans étaient en cours de rédaction ou de validation en 2017.

### Enjeux de développement

Un État comme la Guinée doit travailler à la décentralisation du système de santé afin d'encourager un système davantage communautaire. Un acteur local rappelle ainsi que

> [l]a communauté n'était pas impliquée dans la lutte contre les maladies. Mais, avec Ebola, il y a des organisations qui ont été mises en place dans

> tous les quartiers du pays [...]. Il y avait des individus, des chefs religieux ou des chefs de quartier, des responsables des jeunes, des femmes, qui ont été mobilisés et chargés, au même titre que nous, de faire la surveillance.

Nous avons pu observer et lire la documentation sur l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de développement de la santé à base communautaire. Des supervisions formatives ont aussi été organisées par les autorités.

Par ailleurs, les faibles investissements en santé à travers le budget national ont été vivement critiqués par 6 personnes, puisque cela a une incidence directe sur la capacité de réponse nationale aux crises. En 2016, les données obtenues du ministère du Budget faisaient état d'une proportion de 5,5 % du budget total accordé à la santé, comparativement à 1,5 % en 2010. En 2020, le ministère nous a fourni des données qui montrent une augmentation à 12,4 % du budget national, ce qui se rapproche de la cible d'Abuja fixée à 15 % (ONU et Commission de l'Union africaine, 2011).

### Gestion, prise de décisions et communication

Bien définir les mécanismes de gestion, de prise de décisions et de communication à l'interne et à l'externe est essentiel pour toute organisation. Un acteur international déclare :

> Dans les situations d'urgence, il y a certains mélanges. Il y a des mélanges de personnalités, il y a des mélanges d'objectifs des institutions représentées, il y a le stress. Donc, forcément, je ne peux pas vous dire que c'était rose tous les jours.

Établir une meilleure communication permet d'éviter des conflits et de se concentrer sur les tâches à accomplir. Le partage d'information, notamment observé lors des réunions d'information épidémiologique, facilite la gestion des crises et améliore la surveillance et la notification des risques. On a relevé le besoin de revoir l'intervention auprès des communautés isolées et des groupes marginalisés, pour s'assurer qu'elle est adaptée au contexte, afin d'éviter les réticences communautaires.

### Ressources

Les trois méthodes de collecte de données ont montré l'importance d'autonomiser les organisations nationales pour qu'elles deviennent indépendantes des partenaires internationaux. Cela se fait notamment grâce à une bonne

dotation en ressources, mais aussi à travers l'assiduité des ressources humaines de la fonction publique et leur présence sur l'ensemble du territoire. Aussi, depuis 2018, la Commission des affectations du ministère de la Santé a mis en place des mesures pour obliger les ressources humaines à se déployer à l'échelle du pays.

### Capacités et compétences

Parmi les personnes interrogées, 17 reconnaissent les acquis grâce aux formations et au transfert d'expertise. Lors de l'observation, des simulations d'épidémies ont également été organisées pour renforcer la capacité de réponse. Plusieurs formations ont été offertes au personnel pendant et après l'épidémie d'Ebola, mais de la formation continue doit également être proposée, et les programmes de recherche et d'enseignement universitaires doivent être renforcés.

### Coordination

La prise de conscience de l'importance de la coordination lors des crises est indéniable dans le cas à l'étude, mais la réponse multisectorielle doit être renforcée à travers l'opérationnalisation de l'approche « Une seule santé », qui considère le lien intrinsèque entre la santé humaine, animale et environnementale dans la gestion des épidémies (Cunningham, Scoones et Wood, 2017; Lebov *et al.*, 2017). En 2017, cette approche en était à ses balbutiements en Guinée, avec la mise en place de la plateforme nationale et la mise en œuvre du projet REDISSE sur le renforcement de la surveillance des maladies en Afrique de l'Ouest. De plus, ainsi que l'affirme un acteur international :

> Dans la coordination, [le grand défi,] c'est la capacité de la coordination nationale à gérer autant de partenaires. La faible connaissance par les partenaires de comment fonctionne la coordination. Donc, si tu ne fais pas l'effort dans ton approche de mise en œuvre de beaucoup impliquer le ministère de la Santé et la Coordination nationale, tu crées des problèmes sur le terrain, des doublons.

Selon un acteur national, « [a]u début, chacun venait avec sa philosophie. La coordination n'était pas simple. Mais, au fur et à mesure qu'on évoluait dans la lutte, il y a eu une meilleure cartographie des intervenants et des interventions ».

## Rôles et responsabilités des acteurs

La méconnaissance et le non-respect des rôles et des responsabilités des acteurs ressortent comme des éléments critiques pour dix personnes interrogées (n = 10). D'autres éléments peuvent influencer la gestion, comme une compétition entre les acteurs (n = 4), des réticences des uns envers les autres (n = 5), un manque de prise en compte des acteurs locaux ou nationaux et le non-respect de la hiérarchie instaurée (n = 10) ou les intérêts divergents des partenaires (n = 7). Il est nécessaire de mieux définir et faire connaître les rôles et responsabilités des différentes entités impliquées grâce à une cartographie des acteurs. Encore aujourd'hui, face à la COVID-19, il persiste une ambiguïté sur les rôles des acteurs (Delamou *et al.*, 2020), malgré les mécanismes de coordination existants et une cartographie réalisée post-Ebola.

Sommairement, les résultats montrent que, du point de vue de la conscience, le fait de connaître le contexte et d'étudier les expériences du passé permet de noter les lacunes et de travailler à pallier les faiblesses. En ce qui concerne la diversité, on constate que faire face à des défis sanitaires multiples nécessite des ressources, des compétences, des capacités et des connaissances variées. L'autorégulation se traduit par une rapidité de réponse en s'appuyant sur des mécanismes solides et adaptés de surveillance, de notification et d'intervention. La coordination représente le nerf de la guerre dans une épidémie d'envergure, et touche aussi à la caractéristique de l'intégration : partager les informations et connaître les rôles et responsabilités de chacune des entités impliquées, suivant des modes et méthodes de gestion bien définis, facilite la coordination. L'adaptabilité, à travers l'apprentissage, permet de modifier continuellement les façons de faire en fonction du contexte et d'ajuster les interventions ainsi que la prise de décisions.

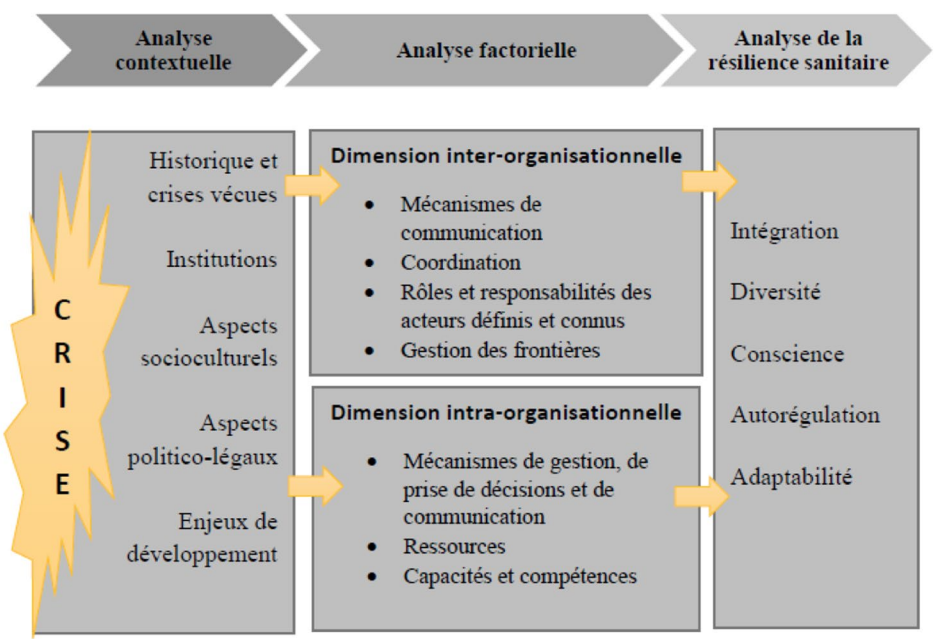
Enfin, nous avons pu constater que les résultats étaient généralement partagés au sein des différentes échelles (internationale, nationale et locale) auxquelles appartiennent les acteurs rencontrés. En effet, mis à part les aspects socioculturels qui ont été abordés exclusivement par des acteurs nationaux et l'absence de regroupements sectoriels de types *clusters* qui a été décriée uniquement par des acteurs internationaux, tous les autres résultats ont été mentionnés à toutes les échelles d'analyse.

## Discussion et conclusion

Cet article a mis en exergue la complexité inhérente à la gestion des crises sanitaires dans les États fragiles en s'appuyant sur le cas de la première épidémie d'Ebola en Guinée. Nous voulions mieux comprendre comment renforcer la résilience face aux crises sanitaires dans les États fragiles.

À partir des politiques et des pratiques organisationnelles issues de nos résultats d'analyse de la gestion de la crise d'Ebola en Guinée et des travaux de nombreux chercheurs (Bujones *et al.*, 2013; Comfort, 2002, 2016; Kapucu et Sadiq, 2016; Kruk *et al.*, 2015; La Porte, 2006; Manyena et Gordon, 2015; Therrien, 2010; Therrien, Normandin et Denis, 2017), nous avons développé un modèle pouvant mener à une plus grande résilience. La figure 2 en présente les trois dimensions analytiques : l'analyse contextuelle, l'analyse factorielle et l'analyse de la résilience sanitaire, ainsi que les éléments à étudier dans chacune de ces dimensions.

**Figure 2**
**Modèle tridimensionnel de gestion des crises sanitaires dans les États fragiles (Maltais, 2019 : 222)**



D'abord, notons que la crise survient toujours dans un environnement influencé par de nombreux éléments, dont l'historique, l'efficacité des institutions, les aspects socioculturels ou politico-légaux ou divers enjeux de développement. L'expérience de la gestion d'Ebola en Guinée a confirmé le rôle essentiel du contexte dans lequel survient une crise, d'où l'importance de bien en connaître les risques et les vulnérabilités, de se préparer et de faire une planification en cas de catastrophe, ainsi que le signalent plusieurs auteurs (Elargoubi *et al.*, 2017; Kieny *et al.*, 2017; Kruk *et al.*, 2015; Maltais, 2019; Matua, Van der Wal et Locsin, 2015; Roca *et al.*, 2015; Thomas *et al.*, 2020; Welsh, 2014).

Ce modèle montre que la crise survient dans un contexte doté d'un historique propre, notamment en matière de santé publique, d'aspects politico-légaux, et de nombreux enjeux de développement (pauvreté, manque de ressources, faiblesses institutionnelles, etc.). Une bonne analyse contextuelle permet de jauger le degré de résilience en amont et de travailler à renforcer chacune des dimensions de la résilience pour mieux se préparer à d'autres crises.

Le cas d'Ebola en Guinée a aussi permis de noter la présence de nombreux acteurs pendant la crise et leurs difficultés à coordonner leurs actions. L'analyse factorielle montre qu'il existe des mécanismes de gestion internes propres à chacune de ces organisations, qui doivent collaborer entre elles (à l'échelle nationale et même internationale, pour la gestion des frontières par exemple). Ce modèle d'analyse aide à mieux saisir les dimensions inter-organisationnelle et intra-organisationnelle qui comprennent des mécanismes de gestion, de prise de décisions et de communication, mais également des ressources, capacités et compétences. Enfin, l'analyse de la résilience sanitaire permet d'analyser et de renforcer les cinq caractéristiques qui la déterminent.

Ce modèle tridimensionnel possède de nombreux avantages, dont celui de schématiser la complexité de la gestion des épidémies, de tenir compte du contexte spécifique où se déroule la crise, comme de l'implication d'un nombre important d'acteurs diversifiés ayant chacun leurs intérêts, valeurs et standards.

Au terme de cette recherche, nous avons pu proposer des recommandations pour une gestion résiliente des épidémies dans les États fragiles, que présente le tableau 4.

**Tableau 4**

**Recommandations pour une gestion résiliente (adapté de Maltais, 2019)**

| Caractéristique | Recommandations pour une gestion résiliente |
|---|---|
| **Intégration** | 1. Adopter une approche multidisciplinaire et multisectorielle.<br>2. Avoir une bonne coordination des parties prenantes; partager adéquatement les informations.<br>3. Cibler, diffuser et respecter les rôles et responsabilités de chacune des entités impliquées.<br>4. Avoir des modes et méthodes de gestion bien définis. |
| **Diversité** | 1. Savoir faire face à des défis sanitaires multiples grâce à des ressources, compétences, connaissances et capacités variées. |
| **Conscience** | 1. Connaître le contexte et étudier les expériences vécues dans le passé.<br>2. Avoir des cadres et des guides officiels de gestion des crises. |
| **Autorégulation** | 1. Développer une rapidité de réponse (détection, notification, intervention) grâce à des approches de surveillance, d'intervention et de coordination adéquates et adaptées. |
| **Adaptabilité** | 1. Apprendre de l'expérience et modifier ses façons de faire en fonction du contexte. |

Si le renforcement des institutions demeure un défi dans les États fragiles en raison d'un grand nombre de facteurs (Benton *et al.*, 2014), nos résultats démontrent néanmoins que le cas d'Ebola en Guinée a permis de renforcer tous les aspects de la gestion des crises. Des améliorations notables sont aujourd'hui clairement visibles dans la gestion de la pandémie de COVID-19 (Delamou *et al.*, 2020). Aussi, il serait intéressant d'utiliser notre modèle d'analyse pour l'appliquer à la gestion de la pandémie actuelle.

—

## Bibliographie

Adrot, Anouck et Lionel Garreau. 2010. « Interagir pour improviser en situation de crise », *Revue française de gestion*, 203, 4 : 119-131.

Anttila, Ulla Mari Ainikki. 2014. « Human Security and Learning in Crisis Management », *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, 4, 1 : 82-94.

Arandel, Christian, Derick W. Brinkerhoff et Marissa M. Bell. (2015). « Reducing Fragility through Strengthening Local Governance in Guinea », *Third World Quarterly*, 36, 5 : 985-1006. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1025741>. Page consultée le 1er mars 2022.

Balabanova, Dina, Martin McKee, Anne Mills, Gill Walt et Andy Haines. 2010. « What Can Global Health Institutions Do to Help Strengthen Health Systems in Low Income Countries? », *Health Research Policy and System*, 8, 22. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-22>. Page consultée le 1er mars 2022.

Benton, Brooke, Jibril Handuleh, Katharine Harris, Mahiben Maruthappu, Preeti Patel, Brian Godman et Alexander E. Finlayson. 2014. « Health in Fragile States », *Medicine, Conflict and Survival*, 30, 1 : 19-27.

Boozary, Andrew S., Paul E. Farmer et Ashish K. Jha. 2014. « The Ebola Outbreak, Fragile Health Systems, and Quality as a Cure », *JAMA*, 312, 18 : 1859-1860.

Bujones, Alejandra Kubitschek, Katrin Jaskiewicz, Lauren Linakis et Michael McGirr. 2013. « A Framework for Resilience in Fragile and Conflict-Affected Situations », *USAID*, 61.

Carney, Timothy Jay et David Jay Weber. 2015. « Public Health Intelligence: Learning From the Ebola Crisis », *American Journal of Public Health*, 105, 9 : 1740-1744.

Chandler, David. 2014. « Beyond Neoliberalism: Resilience, the New Art of Governing Complexity », *Resilience*, 2, 1 : 47-63.

Comfort, Louise K. 2002. « Rethinking Security: Organizational Fragility in Extreme Events », *PAR*, 62, s1 : 98-107.

Comfort, Louise K. 2016. « Building Community Resilience to Hazards », *Safety Science*, 90 : 1-4.

Cunningham, Andrew A., Ian Scoones et James L. N. Wood. 2017. « One Health for a Changing World: New Perspectives from Africa », *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372, 1725 : 20160162.

Day, Jamison M. 2014. « Fostering Emergent Resilience: The Complex Adaptive Supply Network of Disaster Relief », *International Journal of Production Research*, 52, 7 : 1970-1988. <https://doi.org/10.1080/00207543.2013.787496>. Page consultée le 1er mars 2022.

Delamou, Alexandre, Sidikiba Sidibé, Alioune Camara, Mohamed Sahar Traoré, Abdoulaye Touré et Wim Van Damme. 2020. « Tackling the COVID-19 Pandemic in West Africa: Have We Learned from Ebola in Guinea? », *Preventive Medicine Reports*, 20 : 101206.

Elargoubi, Aida, Anis W. Belhaj Khelifa, Ons Haddad, Salma Mhalla, Nabil Sakly et Maha Mastouri. 2017. « Lessons about Causes and Management of an Ebola Outbreak », *Folia Medica*, 59, 4 : 387-395.

Kapucu, Naim et Abdul-Akeem Sadiq. 2016. « Disaster Policies and Governance: Promoting Community Resilience », *Politics and Governance*, 4, 4 : 58-61.

Kekulé, Alexander S. 2015. « Learning from Ebola Virus: How to Prevent Future Epidemics », *Viruses*, 7, 7 : 3789-3797.

Kieny, Marie Paule et Delanyo Dovlo. 2015. « Beyond Ebola: A New Agenda for Resilient Health Systems », *The Lancet*, 385, 9963 : 91-92.

Kieny, Marie Paule, Henk Bekedam, Delanyo Dovlo, James Fitzgerald, Jarno Habicht, Graham Harrison, Hans Kluge, Vivian Lin, Natela Menabde, Zafar Mirza, Sameen Siddiqi et Phyllida Travis. 2017. « Strengthening Health Systems for Universal Health Coverage and Sustainable Development », *Bulletin of the World Health Organization*, 95, 7 : 537-539.

Kingsley, P. et E. M. Taylor. 2017. « One Health: Competing Perspectives in an Emerging Field », *Parasitology*, 144, 1 : 7-14.

Kruk, Margaret E., Lynn P. Freedman, Grace A. Anglin et Ronald J. Waldman. 2010. « Rebuilding Health Systems to Improve Health and Promote Statebuilding in Post-Conflict Countries: A Theoretical Framework and Research Agenda », *Social Science & Medicine*, 70, 1 : 89-97.

Kruk, Margaret E., Michael Myers, S. Tornorlah Varpilah et Bernice T. Dahn. 2015. « What Is a Resilient Health System? Lessons from Ebola », *The Lancet*, 385, 9980 : 1910-1912.

La Porte, Todd M. 2006. « Organizational Strategies for Complex System Resilience, Reliability, and Adaptation », dans Philip E. Auerswald, Lewis M, Branscomb, Todd M. La Porte et Erwann O. Michel-Kerjan (dir.). *Seeds of Disaster, Roots of Response: How Private Action Can Reduce Public Vulnerability*. Cambridge, Cambridge University Press : 135-153.

Lebov, J., K. Grieger, D. Womack, D. Zaccaro, N. Whitehead, B. Kowalcyk et P. D. M. MacDonald. 2017. « A Framework for One Health Research », *One Health*, 3 : 44-50.

Maltais, Stéphanie. 2019. *La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles : étude de la crise d'Ebola en Guinée*. Thèse de doctorat. Ottawa, Université d'Ottawa.

Manyena, Siambabala Bernard et Stuart Gordon. 2015. « Bridging the Concepts of Resilience, Fragility and Stabilisation », *Disaster Prevention and Management*, 24, 1 : 38-52.

Martineau, Fred P. 2016. « People-Centred Health Systems: Building More Resilient Health Systems in the Wake of the Ebola Crisis », *International Health*, 8, 5 : 307-309.

Matua, Gerald Amandu, Dirk Mostert Van der Wal et Rozzano C. Locsin. 2015. « Ebola Hemorrhagic Fever Outbreaks: Strategies for Effective Epidemic Management, Containment and Control », *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 19, 3 : 308-313.

Newbrander, William, Ronald Waldman et Megan Shepherd-Banigan. 2011. « Rebuilding and Strengthening Health Systems and Providing Basic Health Services in Fragile States », *Disasters*, 35, 4 : 639-660.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2016. *États de fragilité 2015*. Paris, Éditions OCDE.

OCDE. 2018. *États de fragilité 2018*. Paris, Éditions OCDE.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2017. *Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République de Guinée : rapport de mission, 23-28 avril 2017*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258726>. Page consultée le 1er mars 2022.

Organisation des Nations unies (ONU) et Commission de l'Union africaine. 2011. *Note d'information : 10 ans après « L'engagement d'Abuja » d'allouer 15 % des budgets nationaux à la santé*. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Farchive.uneca.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fuploaded-documents%2FCoM%2Fcfm2011%2Fcom2011_informationnote10years-after-theabujacommitment_fr.pdf&clen=98304&chunk=true> Page consultée le 1er mars 2022.

Roca, Anna, Muhammed O. Afolabi, Yauba Saidu et Beate Kampmann. 2015. « Ebola: A Holistic Approach Is Required to Achieve Effective Management and Control », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135, 4 : 856-867.

Savoie-Zajc, Lorraine. 2006. « Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? », *Recherches qualitatives*, hors-série, 5 : 99-111.

The Fund for Peace. 2021. *Fragile States Index. Country Dashboard*. <https://fragilestatesindex.org/country-data/>. Page consultée le 1er mars 2022.

Therrien, Marie-Christine. 2010. « Stratégies de résilience et infrastructures essentielles », *Télescope*, 16, 2 : 154-171.

Therrien, Marie-Christine, Julie-Maude Normandin et Jean-Louis Denis. 2017. « Bridging Complexity Theory and Resilience to Develop Surge Capacity in Health Systems », *Journal of Health Organization and Management*, 3, 1 : 96-109.

Thomas, Steve, Anna Sagan, James Larkin, Jonathan Cylus, Josep Figueras et Marina Karanikolos. 2020. *Policy Brief 36. Strengthening Health Systems Resilience: Key Concepts and Strategies*. Copenhagen, World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies : 1-33. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F332441%2FPolicy-brief%252036-1997-8073-eng.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&clen=574029&chunk=true>. Page consultée le 1er mars 2022.

Welsh, Marc. 2014. « Resilience and Responsibility: Governing Uncertainty in a Complex World », *The Geographical Journal*, 180, 1 : 15-26.

Zinsstag, J., E. Schelling, D. Waltner-Toew et M. Tanner. 2011. « From "One Medicine" to "One Health" and Systemic Approaches to Health and Well-Being », *Preventive Veterinary Medicine*, 101, 3-4 : 148-56.

## Notes

1 Nous souhaitons remercier toutes les personnes participantes qui ont rendu cette étude possible, ainsi que le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) pour le financement de cette recherche.

# Les personnes exilées et les associations locales en temps de pandémie : d'une crise à l'autre

**FRANSEZ POISSON**
Membre — Coop'Eskemm
Chercheur associé — laboratoire Arènes

**PATRICIA LONCLE**
Professeure des universités en sociologie — École des hautes études en santé publique (EHESP), Université de Rennes, laboratoire Arènes

**MARYAM MAHAMAT**
Membre — Coop'Eskemm

—

Le 17 mars 2020, l'État français interdisait les déplacements non motivés hors du domicile, instaurant ainsi le confinement de la population pour endiguer l'épidémie liée au coronavirus. Pour les associations d'aide aux plus démunis, cette décision sans précédent souleva rapidement une interrogation : comment les personnes vivant à la rue pouvaient-elles se confiner ? Cette question se posait pour les personnes sans domicile fixe, parmi lesquelles certaines personnes exilées qui, récemment arrivées en France, ne disposaient pas nécessairement de logement. Cet article porte sur cette dernière catégorie de population et s'intéresse à la manière dont la crise sanitaire est venue complexifier son accueil, déjà marqué par une crise durable (Wihtol de Wenden, 2017). Pour comprendre comment les associations ont poursuivi leurs actions dans un contexte de double crise, nous avons amorcé une enquête à Rennes en 2020[1]. Tout en faisant le constat d'une forte centralisation de la gestion de la crise sanitaire par l'État (Bergeron *et al.*, 2020), nous avons examiné la prise en charge des besoins fondamentaux des personnes exilées

par les associations. Celles-ci soutiennent en effet largement les actions de solidarité auxquelles nous nous intéressons (Hamidi et Paquet, 2019). Dans cet article, deux secteurs d'aide sont comparés, l'alimentation et l'hébergement, à partir desquels nous analysons le rôle des associations y agissant pour proposer des explications quant aux différences constatées.

Notre recherche se focalise sur les situations rencontrées par les « personnes exilées », formule utilisée par les associations locales[2] pour désigner toute personne éloignée de son lieu de naissance par contrainte et vivant une forme de précarité. L'avantage de cette définition est de permettre de dépasser analytiquement certaines catégories administratives. Notre approche s'inscrit en cela dans les « études exiliques » qui mettent en avant un « noyau existentiel commun » des personnes en situation d'exil (Nouss, 2015 : 243). En ce sens, les oppositions classiques entre demandeurs d'asile et réfugiés, réfugiés et étrangers ou encore étrangers et Français ne sont pas considérées comme étant révélatrices de la complexité des situations d'exil (Akoka, 2020).

Rendre compte du travail d'associations locales agissant avec les personnes exilées est ainsi une façon d'inclure dans l'analyse une grande diversité de situations vécues et une forte hétérogénéité des situations de vulnérabilité. La crise sanitaire complexifie par ailleurs la situation de ces personnes, dans la mesure où la période est propice à l'aggravation des inégalités sociales de santé préexistantes (Rousseau, Bevort et Ginot, 2020) et touche particulièrement les personnes précaires (Pollak, Rey et Dubost, 2021; Lambert et Cayouette-Remblière, 2021), démultipliant ainsi les formes de pauvreté (Duvoux et Lelièvre, 2021).

Cependant, le premier confinement de 2020 a aussi été marqué par une prise en charge inconditionnelle des besoins d'alimentation et d'hébergement des personnes précaires, notamment celles en situation d'exil. Cela invite ainsi à s'interroger sur les logiques d'aide habituellement en place. Ces dernières peuvent en effet relever d'un référentiel humanitaire (Meigniez, 2020) quand elles sont l'œuvre d'associations. Toutefois, lorsqu'elles proviennent de l'institution, le référentiel mobilisé est davantage celui de la conditionnalité, marqué par des demandes de contreparties de la part des bénéficiaires (Peñalva, 2017).

Ainsi, il est à se demander dans quelle mesure cette prise en charge inconditionnelle des précarités résidentielles et alimentaires, engagée durant le confinement du printemps 2020, a généré des changements durables dans les mobilisations associatives locales avec les personnes exilées.

D'un point de vue méthodologique, nous proposons ici une analyse monographique (Pesle, 2016) afin de documenter les actions mises en place à Rennes par des associations peu professionnalisées pour lutter contre les précarités des personnes exilées. Nous nous appuyons sur une cinquantaine d'entretiens semi-directifs, menés entre juin 2020 et juin 2021, avec des bénévoles et salariés d'associations ainsi que des représentants de la municipalité. Les entretiens ont été retranscrits et codés de manière inductive pour élaborer des catégories d'analyse. Les résultats de ce processus sont situés par rapport à notre connaissance du système local, acquise principalement par nos expériences associatives et par certains écrits universitaires (voir par exemple Bergeon *et al.*, 2019). Nous ne menons cependant pas une comparaison entre la situation d'avant-crise et celle du premier confinement, car nous ne disposons pas de données comparables. Notre apport se situe davantage du côté de la compréhension du rôle des associations durant le confinement du printemps 2020, analysé à partir du discours des différents acteurs interrogés.

Le travail de recherche en cours est organisé dans une logique de recherche coopérative entre des personnes impliquées dans une association de soutien aux personnes exilées, des coordonnateurs de projets membres de Coop'Eskemm et des universitaires du laboratoire Arènes. Cette perspective se distingue de celle d'une recherche réunissant des universitaires en tant que chercheurs et des personnes mobilisées uniquement dans leurs rôles d'acteurs (Mazurek, 2015). L'ensemble des membres de l'équipe sont des co-chercheurs (Bonny, 2017), pour certains universitaires, pour d'autres, associatifs. Cette recherche vise en outre à accompagner et à soutenir la transformation sociale menée par les acteurs sociaux, en construisant des connaissances scientifiques dans un cadre universitaire, en mobilisant les savoirs des acteurs et en favorisant l'appropriation des connaissances construites tout au long de la recherche.

Sur la base de nos enquêtes sur le rôle des associations locales durant la crise sanitaire, notre premier axe d'analyse concerne la manière dont les systèmes d'accueil ont été adaptés face à cette dernière dans les domaines de l'hébergement et de l'alimentation. Le deuxième axe porte sur la possible durabilité des changements provoqués.

# I. La crise des systèmes d'accueil face à la crise sanitaire

Habituellement, l'État, en tant que responsable du dispositif national d'accueil, prend en charge les personnes exilées en fonction de leur droit au séjour et des moyens publics affectés[3]. À Rennes, des associations faiblement institutionnalisées interviennent auprès des personnes exilées qui ne peuvent bénéficier de ce dispositif public. Lors du confinement, cette gestion distincte des populations exilées par les associations et l'État a été redéfinie puisque, exceptionnellement, l'ensemble des personnes à la rue ont été prises en charge.

## A. Les actions associatives à la marge d'un système d'accueil conditionné par le droit au séjour et par les moyens publics affectés

Que ce soit dans le secteur de l'hébergement ou de l'alimentation, les aides apportées aux personnes exilées font l'objet de conditions déterminées par les institutions et ayant des effets sur le rôle des associations.

### 1. La crise nationale de la politique de l'accueil et les réponses locales pour faire face aux difficultés d'hébergement

Le statut des personnes exilées détermine la prise en charge. L'hébergement des demandeurs d'asile incombe en théorie à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Dans la pratique, les places sont insuffisantes (Léon, Penna et Brice, 2019), et l'État n'hébergeait par exemple que 55 % des demandeurs d'asile en 2020 (Slama, 2020). Les personnes déboutées de leur demande d'asile ou ne pouvant pas la formuler en France parce qu'entrées dans l'Union européenne par un autre pays ne bénéficient généralement pas d'un hébergement. Certains réfugiés ayant des ressources économiques trop limitées connaissent également des situations de précarité résidentielle. À Rennes, ces difficultés apparaissent surtout depuis la « crise migratoire » de 2015 et sont donc assez récentes, comparativement à Paris et aux villes du nord de la France.

Face à cette situation, la municipalité accueille les familles avec enfants dans plusieurs lieux collectifs ou en finançant des nuitées hôtelières. L'institution locale dispose ainsi de compétences déléguées par défaut par l'État (Flamant et Lacroix, 2021). La mobilisation associative est également particulièrement importante, comme dans la plupart des villes grandes et moyennes du territoire français (Bourgois et Lièvre, 2019). Notre enquête a permis de rencontrer une diversité d'associations et de collectifs hébergeant des personnes exilées à Rennes, que nous présentons dans le tableau 1[4].

## Tableau 1

**Associations et collectifs intervenant dans le champ de l'hébergement et du logement des personnes exilées à Rennes**

| Nom de l'association | Domaine d'intervention | Présence ou non d'un salarié | Liens avec les pouvoirs publics |
|---|---|---|---|
| Association A | Association spécialisée en matière d'hébergement des personnes exilées, oriente les personnes vers les lieux de distribution alimentaire | Coordonnée par un salarié, occupe et réhabilite des maisons sous convention avec les propriétaires | Reçoit quelques subventions locales et s'oppose publiquement à l'État par des rassemblements devant la préfecture et des communiqués dénonçant le traitement des personnes exilées par les pouvoirs publics |
| Association B | Association de soutien généraliste aux personnes exilées, organise des actions d'hébergement solidaire, oriente les personnes vers les lieux de distribution alimentaire | Fonctionne seulement avec des bénévoles | Ne s'oppose pas aux pouvoirs publics<br>Reçoit quelques subsides publics |
| Association C | Association de soutien généraliste aux personnes exilées, organise des actions d'hébergement solidaire et des maraudes, oriente les personnes vers les lieux de distribution alimentaire | Fonctionne seulement avec des bénévoles | Se positionne à l'encontre des pouvoirs publics<br>Ne dispose pas de subsides publics |
| Association D | Association intervenant dans le domaine de l'accès aux droits (notamment sur les questions juridiques), soutient les personnes dans leurs demandes d'hébergement et de logement | Fonctionne avec des salariés | Reçoit des subsides publics, joue un rôle de plaidoyer pour défendre les droits des personnes exilées |
| Collectif E | Collectif gérant un squat dans un bâtiment municipal, oriente les personnes vers les lieux de distribution alimentaire | Pas de salarié | La municipalité tolère ce squat, il n'y a pas d'opposition forte du collectif aux pouvoirs publics<br>Ne dispose pas de subsides publics |
| Collectif F | Collectif gérant un squat dans un hangar, évacué lors du premier confinement, oriente les personnes vers les lieux de distribution alimentaire | Pas de salarié | Opposition forte aux pouvoirs publics<br>Ne dispose pas de subsides publics |

Ces organisations, qui diffèrent dans leurs rapports aux services publics (Pette, 2016), agissent dans une logique d'accueil inconditionnel et sont toutes membres d'une entité collective réunissant les acteurs citoyens de l'hébergement, à l'exception du collectif gérant le squat non autorisé. L'instance commune est appelée l'« interorganisation » et est composée d'une vingtaine d'associations, de collectifs, de syndicats et de partis politiques, qui se coordonnent afin de trouver des solutions en réponse à chaque demande de personnes à la rue. Ce collectif est ainsi bien connu des personnes exilées, de l'ensemble des acteurs associatifs et des institutions actives dans le champ de l'hébergement (Bonnel, 2020).

## 2. La gestion institutionnelle de la précarité alimentaire et les initiatives citoyennes organisant des aides inconditionnelles

L'aide alimentaire est structurée par le Fonds européen d'aide aux plus démunis (FEAD) et par le Programme national de l'alimentation en France. Dans le cadre de ces deux systèmes, des associations fortement professionnalisées, comme le Secours populaire ou les Restos du cœur par exemple, sont financées pour fournir des aides alimentaires (Naulin et Steiner, 2016). À Rennes, la municipalité intervient également directement, par l'intermédiaire du Centre communal d'action sociale (CCAS), en mettant en place plusieurs lieux de restauration sociale, pour que les personnes sans possibilité de cuisiner puissent obtenir des repas chauds. Les associations de solidarité et le CCAS posent des conditions de ressources ou de résidence, comme c'est d'usage dans le secteur (Alberghini *et al.*, 2017). Ainsi, un travailleur social doit parfois évaluer les ressources des personnes demandeuses pour élaborer une prescription, autorisant le recours à l'aide alimentaire. Face au constat de l'absence de possibilité d'aide alimentaire pour certaines personnes précaires, d'autres organisations mettent en place des systèmes inconditionnels. Le tableau 2 décrit des acteurs du champ de l'aide alimentaire rencontrés à Rennes.

**Tableau 2**
**Associations intervenant dans le champ de l'aide alimentaire à Rennes**

| Nom de l'association | Domaine et type d'intervention | Présence ou non d'un salarié | Liens avec les pouvoirs publics locaux et nationaux |
|---|---|---|---|
| Association G | Spécialisée dans le domaine de l'aide alimentaire et l'organisation de maraudes | Seulement des bénévoles | Reçoit quelques subsides publics, pas d'opposition majeure aux pouvoirs publics |
| Association H | Intervient à l'échelle du quartier d'implantation | Quelques salariés | Reçoit quelques subsides publics, pas d'opposition majeure aux pouvoirs publics |
| Association I | Association nationale d'aide alimentaire | Fonctionne avec des salariés et des bénévoles | Reçoit des subsides publics, pas d'opposition majeure aux pouvoirs publics |
| Associations J | Associations étudiantes, intervenant en matière d'aide alimentaire auprès de l'ensemble des étudiants, dont les étudiants extracommunautaires | Seulement des bénévoles | Reçoivent l'appui des universités, pas d'opposition majeure aux pouvoirs publics |

Concernant l'hébergement et l'alimentation, on observe ainsi des phénomènes similaires : une tendance à la conditionnalité dans les systèmes institutionnels, d'une part, et une mobilisation associative pour prendre en charge les besoins des personnes de manière inconditionnelle, d'autre part, dans la logique du référentiel humanitaire de l'action sociale (Meigniez, 2020). Or, lors du premier confinement instauré en mars 2020 en réponse à la crise sanitaire, les conditions habituellement en place ont très largement été suspendues.

## B. L'augmentation des moyens publics et la prise en charge inconditionnelle des besoins fondamentaux au début de la crise sanitaire

Au début de la crise sanitaire, le Conseil scientifique COVID-19 recommandait la fermeture des lieux d'accueil collectifs[5]. L'État s'est ainsi rapidement mobilisé dans des actions de « mise à l'abri ».

### 1. La « mise à l'abri » inconditionnelle organisée par l'État

Plusieurs faits marquants sont à noter dans ce processus de « mise à l'abri ». Dès mars 2020, l'État a organisé le logement des personnes à la rue en finançant des nuitées hôtelières dans différentes villes du département. La décision de fermer un squat œuvrant en marge des associations a également été prise par la préfecture, avec des propositions de relogement pour ses occupants. Quelques personnes, moins d'une dizaine, ont refusé les hébergements proposés et ont été relogées dans un autre squat indépendant des actions associatives. La décision de l'État d'héberger toutes les personnes sans domicile a conduit à la création de nouvelles places d'hébergement. Le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), qui gère le 115, le numéro d'urgence sociale, a ainsi dû répondre sans condition à toutes les demandes qui lui étaient adressées.

Cette situation diffère du fonctionnement habituel, où des critères de vulnérabilité sont appliqués pour loger les personnes en fonction des places disponibles. Par exemple, l'expérience des associations montre qu'un demandeur d'asile qui appelle le 115 parce qu'il n'est pas hébergé par l'État dans le cadre du dispositif national d'accueil fait en général l'objet d'un refus. Se référant à ce type de situation, l'ancienne préfète, représentante de l'État localement, avait d'ailleurs admis et expliqué publiquement cette pratique sélective : « L'accueil est inconditionnel, mais il se fait en fonction d'un nombre de places. Et désormais nous demandons au 115 de se concentrer sur les personnes en grande détresse. La dure réalité c'est qu'entre le jeune Géorgien qui a des engelures et la femme battue, il faut discerner[6]. » Cette sélection est pourtant contraire au Code de l'action sociale et des familles (article L. 345-2-2), qui prévoit que « toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ».

Du côté de la municipalité, la décision a été prise de fermer les lieux collectifs à l'arrivée de la crise, en finançant davantage de nuitées hôtelières ou en

organisant des hébergements dans des bâtiments publics permettant de vivre dans des pièces séparées :

> Depuis le début de la crise, notre souci, ça a été de stabiliser le plus possible l'hébergement des gens. Et nous, on avait des gymnases ouverts [...] où il y avait des gens en hébergement collectif. Et on a décidé très vite que c'était plus possible, l'hébergement collectif, et qu'il fallait aussi trouver des solutions pour les personnes. (Charlotte, agente de la Ville de Rennes)

Un des faits marquants de ce premier confinement aura donc été la capacité des pouvoirs publics à réagir et à trouver des solutions adaptées à la situation sanitaire. Pour cela, l'État a augmenté le nombre de places disponibles notamment grâce au déblocage de ressources publiques par les différentes législations d'urgence (Gay et Guillas-Cavan, 2020).

En outre, à Rennes, la mise en œuvre des décisions de relogement des personnes à la rue ou en hébergement collectif a renforcé la légitimité de l'interorganisation. Alors que certaines des associations qui la composent œuvraient généralement en marge des pouvoirs publics, elles ont accepté de travailler avec les services de l'État lors du premier confinement pour mettre à l'abri des personnes à la rue et faciliter l'évacuation du squat. De ce fait, la coordination s'est adaptée pour répondre aux besoins prioritaires au cours de cette période inédite. Les organisations ont constitué un soutien déterminant face à l'urgence, l'exécution rapide des décisions ayant permis une mise à l'abri de l'ensemble des personnes :

> Il y a eu des déménagements à faire par exemple, des gens qui étaient à un endroit ou dans un squat. Quand ils ont été logés dans des hôtels, il a fallu faire tous les déplacements, tous les déménagements, les aider à déménager et tout ça. (Antoine, bénévole dans l'association A)

Les solutions proposées étant parfois isolées des centres urbains, les associations se sont mobilisées pour livrer des colis alimentaires dans les hôtels périphériques où les personnes étaient hébergées. Ces interventions articulées à l'action de l'État se sont globalement arrêtées à la fin du premier confinement. Toutefois, l'expérience de cette collaboration étroite a conféré aux associations de nouvelles ressources pour faire valoir leurs revendications, notamment en faveur de la pérennité d'une prise en charge inconditionnelle des personnes à la rue.

## 2. Les reconfigurations associatives pour prendre en charge les besoins d'aide alimentaire

Au début du premier confinement, la question de l'accès à l'alimentation pour les personnes exilées a également constitué un enjeu saillant, comme le résume le coordonnateur d'une association locale : « Plus que la crainte de la maladie, c'était la crainte de la faim. » Face à la gravité de la situation, des aides sans condition ont rapidement été mises en place.

Le confinement de mars 2020 a bouleversé l'action des associations institutionnalisées, notamment parce que les bénévoles, souvent âgés, étaient particulièrement exposés au virus. De plus, l'exiguïté des locaux utilisés et les interdictions provisoires des maraudes ont rapidement complexifié la situation. Certaines associations de solidarité spécialisées dans l'aide alimentaire ont ainsi modifié et ajusté leurs actions et pratiques routinières, en suspendant temporairement les conditions de ressources pour l'accès aux aides. Cette suspension s'est faite aussi bien pour des raisons pratiques que pour pouvoir répondre à de nouveaux besoins :

> On livre, on ne fait pas d'entretien d'accueil [...]. Et puis, en fait, on s'est dit que les nouveaux profils de familles qui arrivaient, on avait quand même des profils qu'on n'avait pas forcément énormément avant. Des étudiants en intérim et qui ont perdu leur petit boulot, des familles monoparentales qui s'en sortaient avec la cantine et qui s'en sortaient plus. On se rendait compte aussi, quand on faisait les points hebdomadaires, que toutes les assos avaient pris ce parti-là, de faire de l'inconditionnel. Et puis après, petit à petit, certaines associations ont repris leur fonctionnement, etc. (Bertrand, association I)

Au-delà de l'abandon temporaire de la logique de conditionnalité des aides, une forte coopération a pu être observée entre les associations tant locales que nationales et les acteurs institutionnels. Cette coopération est ainsi expliquée par une association locale :

> On était en relation quasiment au quotidien avec le CDAS [Centre départemental de l'action sociale] parce que les assistantes sociales ne pouvaient pas aller sur place et les gens ne pouvaient pas se déplacer. Donc, quand il y a des situations un peu complexes ou d'urgence de gens qui disaient « je n'ai plus rien » [...], [d]onc ça, nous, on avait toujours une réserve de nourriture ici, donc on refaisait un petit colis, on allait

> le distribuer, et puis pour les CADA [Centres d'accueil des demandeurs d'asile], une association allait livrer dans deux centres, donc on était pas mal en relation aussi avec eux. (Catherine, association H)

Les associations tout comme la municipalité se sont adaptées aux nouveaux besoins suscités par la crise sanitaire. Le fonctionnement de la cuisine centrale préparant les repas des écoles et autres lieux collectifs municipaux a ainsi été maintenu malgré la fermeture de ces derniers, et les repas ont été distribués par l'intermédiaire d'associations :

> Ça, c'était une première pour nous, on a décidé *via* notre cuisine centrale de fournir en repas un certain nombre de sites hôteliers dans lesquels on héberge des gens, voilà. Et aussi des centres d'hébergement d'urgence gérés par d'autres associations. Alors combien de repas on a servis ? 350 par jour, je crois bien. (Charlotte, agente de la Ville de Rennes)

Si certaines modalités d'aide alimentaire ont été revues, d'autres ont été spécifiquement mises en place afin de faciliter l'organisation de la réponse publique aux besoins des populations concernées par ce type d'aide. Ainsi, la municipalité a mis des écoles à disposition de deux associations pour préparer des colis alimentaires, livrés au domicile des demandeurs. L'État est également intervenu au-delà de son rôle classique de financement des associations spécialisées, dont les moyens ont par ailleurs été renforcés au fur et à mesure de l'évolution de la crise sanitaire. Des chèques services ont ainsi été délivrés, par l'intermédiaire des associations, pour que les personnes en grande précarité puissent acheter des denrées alimentaires et des produits d'hygiène dans la grande distribution. Aide appréciée par les institutions pour sa neutralité politique, elle doit également être envisagée comme un outil de communication. En effet, elle permet de donner à voir et de faire connaître l'action de l'État alors même que ce sont les associations qui la mettent en œuvre (Lacheret, 2015).

Dans la première partie, nous avons décrit le rôle des associations faiblement institutionnalisées durant le premier confinement, moment où s'engagent de « nouveaux modèles stratégiques » (Rochet et Keramidas, 2007) : hébergement d'urgence pour les personnes ne pouvant pas se confiner par leurs propres moyens et augmentation des capacités de distribution de denrées alimentaires sans condition de ressources. Il convient maintenant de mieux comprendre quels sont les effets de ces évolutions dans la durée.

## II. Le traitement de la précarité résidentielle et alimentaire des personnes exilées : vers des changements durables dans l'action associative ?

Un phénomène de crise peut être compris

> [c]omme un contexte faisant l'objet d'interprétations et d'usages par les acteurs d'une politique publique pour agir en faveur de changements de celle-ci ou de sa continuité (Hassenteufel et Saurugger, 2021 : 15).

Dans cette perspective, nous nous intéressons aux processus qui permettent de maintenir ou non les mesures adoptées durant la période exceptionnelle du confinement du printemps 2020. Notre enquête nous permet d'étudier dans la durée le rôle du contexte de crise quant aux évolutions des actions associatives soutenant l'accès à l'hébergement et à l'alimentation.

### A. Les difficiles inscriptions dans le temps des logiques inconditionnelles d'accès à l'hébergement et aux aides alimentaires

Dans le champ de l'hébergement, les conditionnalités suspendues durant le premier confinement sont progressivement réapparues, alors que des systèmes d'aide alimentaire inconditionnels ont pu se maintenir à Rennes.

#### 1. La fin progressive de l'inconditionnalité des hébergements après le premier confinement

L'hébergement inconditionnel a été mis en place durant quatre mois, entre le début de l'état d'urgence sanitaire et sa levée, le 10 juillet 2020. Dans les semaines qui ont suivi, les associations ont constaté un retour des personnes exilées à la rue. Ce phénomène progressif a été accentué par la reprise des activités administratives, amenant par exemple des personnes déboutées de leur demande d'asile à perdre leur place en Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) :

> Il y a eu presque trente familles à sortir du CADA [...]. Tous ces gens avaient été déboutés, donc ils ont été absorbés par la Mairie; nous, on a plutôt pris des familles qui étaient assignées à résidence, et aucune personne visée par une OQTF [Obligation de quitter le territoire français] puisque c'est un critère d'exclusion par la Mairie. C'est revenu à la case de départ, quoi... (Coline, bénévole, association A)

Dès le début 2020, la répartition des rôles entre l'État, la municipalité et les associations peu professionnalisées pour prendre en charge des personnes exilées a retrouvé sa configuration d'avant la crise sanitaire. Les personnes qui restent sans solution sollicitent toujours le 115, mais comme avant, faute de places disponibles, ce dernier ne peut plus répondre à l'ensemble des demandes d'hébergement. En juillet 2020, des collectifs d'associations ont de nouveau organisé des occupations de lieux avec les personnes à la rue pour alerter sur cette crise de l'accueil retrouvant sa routine.

### 2. Le maintien des aides alimentaires inconditionnelles dans certains dispositifs

Dans le domaine de l'alimentation, l'inconditionnalité décidée par certaines associations nationales spécialisées dans l'aide alimentaire s'est arrêtée progressivement après la fin du premier confinement. Cependant, les associations peu professionnalisées ont renforcé leur place dans le réseau d'acteurs. Après avoir géré des centres de préparation de colis alimentaires dans des écoles municipales, une association a ouvert un « village alimentaire ». Cet espace interassociatif, situé dans un bâtiment vacant appartenant à la municipalité, poursuit les distributions inconditionnelles et gratuites. L'association qui le coordonne, composée avant la crise exclusivement de bénévoles, compte aujourd'hui deux salariés. Elle bénéficie également des aides réglementaires de l'État au titre de l'aide alimentaire et a donc pu voir reconnaître son action en conservant le principe d'inconditionnalité. Cette reconnaissance d'un principe d'inconditionnalité se révèle aussi dans les liens entretenus entre l'association organisatrice du village alimentaire et d'autres acteurs :

> La banque alimentaire, normalement, c'est les associations qui viennent récupérer des denrées et qui payent à moindre coût pour les redonner à moindre coût parce que leur épicerie est payante, donc voilà. […] Et finalement, avec la crise sanitaire, on a, nous, fait une convention avec eux qui est quand même beaucoup plus souple, et en fait, on ne paye rien. Et ça, ça se fait de manière gratuite, et c'est lié à la crise sanitaire. Parce qu'avant, notre association et la banque alimentaire avaient zéro relation. Enfin, ils s'entendaient, mais il n'y avait pas de coordination. (Hortense, association G)

Deux tendances distinctes apparaissent donc dans les domaines de l'hébergement et de l'aide alimentaire. La fin des mesures de confinement signifie un

retour des conditionnalités dans le secteur de l'hébergement, excepté lorsqu'il est organisé par les associations peu institutionnalisées qui pratiquaient déjà l'inconditionnalité avant la crise sanitaire. En revanche, certaines aides alimentaires inconditionnelles apparues durant la crise sanitaire ont été maintenues. Cet écart de traitement peut s'expliquer par plusieurs éléments. D'une part, dans le domaine de l'hébergement d'urgence, l'État décide de l'ouverture de places supplémentaires, ce qui a été fait durant le premier confinement. Le système de l'aide alimentaire est quant à lui largement délégué au secteur associatif, et les organisations d'aide alimentaire décident elles-mêmes des modalités de distribution. D'autre part, les besoins ont été exacerbés durant la crise sanitaire, du fait notamment de la perte d'emploi de certaines personnes précaires. Les nouveaux systèmes de distribution sont ainsi devenus essentiels. Au contraire, dans le domaine de l'hébergement, nous n'observons pas de nouvelles modalités d'action mises en œuvre indépendamment de l'État. De ce fait, les actions menées n'ont pas pu se maintenir une fois l'urgence sanitaire levée.

Toutefois, certaines évolutions plus durables sont repérables dans le rôle des coordinations associatives dont les actions sont mues par des logiques d'inconditionnalité.

## B. Le renforcement des coordinations associatives locales au service de l'inconditionnalité des aides

Dans le champ de l'hébergement, l'interorganisation de soutien aux personnes exilées poursuit son action depuis le début de la crise sanitaire. Dans le domaine de l'alimentation, une coordination d'acteurs est également apparue.

### 1. Le maintien de l'interorganisation de soutien aux personnes exilées

Active avant la crise sanitaire, l'interorganisation a notamment pour objectif de tenter de trouver des solutions d'hébergement pour les personnes à la rue. Durant le confinement du printemps 2020, le fait que les personnes à la rue soient logées a considérablement augmenté les besoins alimentaires dans les hôtels, nécessitant l'implication de plusieurs associations peu professionnalisées. Ces dernières ont également mis en place un site Web en plusieurs langues pour permettre aux personnes exilées d'avoir accès aux informations sur les aides disponibles durant la crise sanitaire. Après le confinement, de nouvelles personnes se sont retrouvées à la rue. Les associations de l'interorganisation ont repris leurs revendications d'hébergement de toutes les personnes sans domicile, tout en cherchant des solutions pour les loger.

Le fait que l'interorganisation reprenne son rôle d'alerte et de coordination associative après la crise sanitaire sans reconnaissance de l'État semble traduire une politique d'accueil qui ne souhaite pas appliquer le principe d'un hébergement d'urgence inconditionnel. Comme nous l'avons vu, celui-ci est pourtant prévu par le Code de l'action sociale et des familles, mais il est remis en cause dans la pratique du fait de plusieurs évolutions réglementaires et législatives récentes (Chevalier et Gaulène, 2021).

La gestion centralisée de la crise sanitaire par l'État (Bergeron *et al.*, 2020) en faible coordination avec les associations peu institutionnalisées semble avoir facilité le désinvestissement du pouvoir central à la fin du confinement du printemps 2020.

### 2. L'apparition de la nouvelle coordination de l'aide alimentaire

Dans le contexte de crise sanitaire, le rôle des associations peu professionnalisées est apparu fondamental. L'association à l'origine du lieu interassociatif, le « village alimentaire », s'est également impliquée dans l'animation d'une coordination de l'aide alimentaire, durant le premier confinement :

> Au niveau de la coordination vraiment de l'aide alimentaire, c'est des choses très simples, quoi. C'est l'idée constante de se dire les informations un peu nécessaires et essentielles et qui font qu'en fait, une fois qu'on a un problème ou une fois qu'on a un truc qui va bien ou comment on peut l'utiliser… enfin, c'est beaucoup plus facile aussi. Parce qu'il y a des liens qui se sont créés et qui se sont tissés et on est habitués à se voir. (Hortense, association G)

Ces initiatives ont reçu le soutien de l'équipe municipale, bien que l'aide alimentaire n'ait pas constitué au départ une priorité d'action pour les pouvoirs publics locaux, davantage focalisés sur l'hébergement. L'engagement important de cette collectivité locale peut s'analyser comme un moyen « d'exister » dans un contexte de crise sanitaire, dont la gestion est largement orchestrée par l'État. Une telle situation s'avère également propice au renforcement des liens entre cette collectivité locale et les associations, car elle permet de faire collectivement le constat des défaillances de l'État. Constat certes habituel en matière d'hébergement d'urgence, mais qui, dans le cadre de la crise sanitaire, oblige ces acteurs à déployer des actions publiques de proximité de manière partenariale (Douillet, 2020). Sur une fresque indiquant les organisations participant à la dynamique collective du village alimentaire, on pouvait lire : « Et l'État ? », formule soulignant l'absence du pouvoir central.

## Conclusion

Notre article met en lumière les évolutions des actions des associations s'occupant de l'accueil des personnes exilées dans un contexte de crise. Durant le premier confinement, nous avons pu constater l'introduction de davantage d'inconditionnalité des ressources ou des situations dans l'accès aux hébergements et à l'alimentation. Avant la crise sanitaire, le référentiel humanitaire qui guide l'action de certaines associations fournissant des aides sans condition de ressources aux personnes exilées s'inscrivait plutôt à la marge de l'action publique. Durant le confinement du printemps 2020, l'État est sorti de son référentiel d'action habituel fondé sur le principe de conditionnalité pour prendre en charge toutes les situations liées à une précarité résidentielle et alimentaire.

Au regard de la situation rennaise, quels éléments ressortent quant au caractère plus ou moins durable de la mise en place de systèmes d'aides inconditionnelles ? Concernant l'alimentation, des logiques d'inconditionnalité se maintiennent, alors que les critères d'attribution des places d'hébergement ont été rétablis. Nous expliquons cette différence entre les deux secteurs par l'origine étatique de l'inconditionnalité dans l'hébergement, sans recours direct aux associations. Durant cette période, l'action de l'État est sortie du référentiel de la conditionnalité, sans pour autant s'inscrire totalement dans le référentiel humanitaire guidant l'action des associations. L'État semble davantage avoir agi selon un référentiel de crise, en prenant en charge les personnes sans domicile du fait du risque épidémique et du risque politique potentiel (Gilbert et Raphaël, 2011). En effet, l'État ne pouvait imposer à toute la population de se confiner sans que des lieux d'accueil soient mis à disposition pour celles et ceux qui ne pouvaient pas respecter cette obligation. Si le principe de la conditionnalité constitue habituellement un instrument axiologique de régulation de la précarité (Peñalva, 2017), durant la crise sanitaire, c'est l'inconditionnalité qui a été essentielle pour gérer les situations de pauvreté. À partir de juillet 2020, l'État a arrêté ce mode de prise en charge, mettant fin, de fait, à l'exceptionnalité du dispositif. Les associations locales déjà actives avant la crise sanitaire pour héberger des personnes de manière inconditionnelle l'ont également fait durant le confinement du printemps 2020. Aujourd'hui, ces actions se maintiennent, sans toutefois pouvoir répondre à l'ensemble des situations de vulnérabilité.

À l'inverse, dans le domaine de l'alimentation, le développement d'aides inconditionnelles s'est organisé entre la municipalité et les associations durant

le premier confinement. Ce système, non dépendant de l'état d'urgence sanitaire, est toujours partiellement à l'œuvre. Certaines associations de solidarité spécialisées dans l'aide alimentaire ont toutefois réinstauré des conditionnalités pour y accéder.

Le rôle des associations est également marqué par les évolutions dans la manière dont elles coordonnent leurs efforts. L'interorganisation, formée notamment par les associations faiblement institutionnalisées soutenant l'hébergement inconditionnel des personnes exilées, existait avant la crise sanitaire et perdure aujourd'hui. Concernant les pouvoirs publics, on peut souligner l'évolution du rôle de la municipalité durant le confinement du printemps 2020 pour agir davantage dans la distribution de l'aide alimentaire. Non effective avant la crise sanitaire, cette aide s'est développée durant ce premier confinement et se poursuit aujourd'hui. À la différence de l'interorganisation active dans le champ de l'hébergement, la coordination de l'aide alimentaire est composée des associations faiblement institutionnalisées, des associations nationales spécialisées et de la municipalité. L'association peu professionnalisée qui coordonne de fait ce groupe défend depuis sa création un système d'aide inconditionnelle. Le groupement en interassociation a permis de discuter et de diffuser le principe de l'inconditionnalité dans le champ de l'action sociale locale.

Au moment d'écrire ces lignes, la crise sanitaire est encore en cours. Il est probable que des changements dans l'action associative locale perdurent. La structuration d'un réseau d'aide alimentaire, portant pour partie des revendications d'inconditionnalité des ressources dans l'attribution des aides, permet au minimum de garantir les droits à l'alimentation de chacun. Dans cette période incertaine, que l'on peut qualifier de « pré-post-crise », certaines évolutions se dessinent dans le secteur de l'hébergement sur le plan de ses relations avec les normes d'inconditionnalité. La coopération entre les citoyens et la municipalité pourrait par exemple apporter des solutions. En effet, si la municipalité rappelle régulièrement à l'État son devoir d'héberger les personnes exilées, la maire s'est tout de même engagée à loger les familles avec enfants sans condition de statut. Elle soutient également une association occupant des maisons conventionnées pour loger des personnes indépendamment de leur statut de résidence. Reste à voir si ces deux systèmes existant à contre-courant des conditionnalités établies par l'État pourront se développer ou non pour répondre aux besoins d'hébergement de toutes les personnes à la rue.

## Bibliographie

Akoka, Karen. 2020. *L'asile et l'exil. Une histoire de la distinction réfugiés/migrants*. Paris, La Découverte.

Alberghini, Ariane, Florence Brunet, Raphaël Grandseigne et Justine Lehrmann. 2017. « L'aide alimentaire : acteurs, pratiques et modalités d'accompagnement des publics (II) », *Recherche sociale*, 2, 222 : 5-110.

Bergeon, Céline, Alice Cléry, Anne-Cécile Hoyez et Faustine Viellot-Tomic. 2019. « Retour sur une expérience de logement des migrants. Le conventionnement du squat des Jardins de la Poterie à Rennes », *Métropolitiques*, 7 novembre. <https://metropolitiques.eu/Retour-sur-une-experience-de-logement-des-migrants.html>. Page consultée le 10 avril 2022.

Bergeron, Henri, Olivier Borraz, Patrick Castel et François Dedieu. 2020. *COVID-19 : une crise organisationnelle*. Paris, Presses de Sciences Po.

Bonnel, Louise. 2020. *La participation et l'engagement des personnes exilées dans l'organisation de la vie quotidienne et militante des lieux d'occupation temporaire pour l'hébergement comme éléments de solution à la problématique du logement*. Mémoire de maîtrise. Rennes, Université de Rennes 1.

Bonny, Yves. 2017. « Les recherches partenariales participatives : éléments d'analyse et de typologie », dans Anne Gillet et Diane-Gabrielle Tremblay (dir.). *Les recherches partenariales et collaboratives*. Québec/Rennes, Presses de l'Université du Québec/Presses universitaires de Rennes : 25-44.

Bourgois, Louis et Marion Lièvre. 2019. « Les bénévoles, artisans institutionnalisés des politiques migratoires locales ? », *Lien social et Politiques*, 83 : 184-203.

Chevalier, Isabelle et Sylvie Gaulène. 2021. « Le droit au séjour : une hospitalité conditionnelle », *Empan*, 1, 121 : 165-172.

Douillet, Anne-Cécile. 2020. « Exister *dans* et *par* la crise. La gestion de la crise sanitaire comme mode de légitimation du "local" », *Revue française d'administration publique*, 4, 176 : 971-983.

Duvoux, Nicolas et Michèle Lelièvre. 2021. *La pauvreté démultipliée : dimensions, processus et réponses (printemps 2020-printemps 2021)*. Paris, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE). <https://www.cnle.gouv.fr/la-pauvrete-demultipliee-1571.html>. Page consultée le 10 avril 2022.

Flamant, Anouk et Thomas Lacroix. 2021. « La construction négociée de l'accueil des migrants par les municipalités », *Migrations Société*, 3, 185 : 15-29.

Gay, Renaud et Kevin Guillas-Cavan. 2020. « La gestion sanitaire de l'épidémie de COVID-19 par les États : recettes communes et logiques nationales », *Chronique internationale de l'IRES*, 3, 171 : 3-25.

Gilbert, Claude et Laurence Raphaël. 2011. « Vers une gestion politique des crises sanitaires ? », *Les Tribunes de la santé*, 3, 32 : 55-60.

Hamidi, Camille et Mireille Paquet. 2019. « Redessiner les contours de l'État : la mise en œuvre des politiques migratoires », *Lien social et Politiques*, 83 : 5-35 [introduction au dossier thématique éponyme qu'elles dirigent : 5-316].

Hassenteufel, Patrick et Sabine Saurugger. 2021. « Crises économiques et processus de changement dans l'action publique : une approche relationnelle », dans Patrick Hassenteufel et Sabine Saurugger (dir.). *Les politiques publiques dans la crise. 2008 et ses suites*. Paris, Presses de Sciences Po : 7-35.

Lacheret, Arnaud. 2015. « Le chèque comme outil du Nouveau Management Public dans les collectivités locales françaises », *Gestion et management public*, 4, 1 : 81-100.

Lambert, Anne et Joanie Cayouette-Remblière (dir.). 2021. *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube, coll. « Monde en cours ».

Léon, Myriam, Armandine Penna et Pascal Brice. 2019. « Droit d'asile », *Lien social*, 9, 1250 : 22-29.

Mazurek, Hubert. 2015. « Le partage des savoirs : un nouveau paradigme en sciences sociales ? », dans Laurent Vidal (dir.). *Les savoirs des sciences sociales. Débats, controverses, partages*. Marseille, IRD Éditions, coll. « Colloques et séminaires » : 275-304.

Meigniez, Maëlle. 2020. « L'engagement associatif entre pluralité des logiques d'aide et reconnaissance d'une politique d'action sociale », *Sciences de la société*, 105. <https://doi.org/10.4000/sds.11229>. Page consultée le 10 avril 2022.

Naulin, Sidonie et Philippe Steiner (dir.). 2016. *La solidarité à distance. Quand le don passe par les organisations*. Toulouse, Presses universitaires du Midi, coll. « Socio-logiques ».

Nouss, Alexis. 2015. « Enjeu et fondation des études exiliques ou Portrait de l'exilé », *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, 5 : 241-268.

Peñalva, Susana. 2017. « Précariat, "activation" et conditionnalité : new-gouvernementalité ? », *Les Politiques sociales*, 1, 1-2 : 49-67.

Pesle, Manon. 2016. *La petite fabrique de l'action éducative. Ethnographie métropolitaine*. Thèse de doctorat. Grenoble, Université Grenoble Alpes.

Pette, Mathilde. 2016. « Venir en aide aux migrants dans le Calaisis. Entre action associative locale et crise migratoire internationale », *Savoir/Agir*, 2, 36 : 47-52.

Pollak, Catherine, Sylvie Rey et Claire-Lise Dubost. 2021. « Les importantes inégalités sociales face à l'épidémie de Sars-Cov-2 se confirment », *Actualité et dossier en santé publique*, 4, 116 : 49-52.

Rochet, Claude et Olivier Keramidas. 2007. « La crise comme stratégie de changement dans les organisations publiques », *La Revue des sciences de gestion*, 6, 228 : 13-22.

Rousseau, Aurélien, Hugo Bevort et Luc Ginot. 2020. « La santé publique au risque de la COVID-19 : du premier retour d'expérience à la formulation de nouvelles exigences collectives », *Santé publique*, 32, 2-3 : 183-187.

Slama, Serge. 2020. « Dispositifs d'hébergement : la grande centrifugeuse étatique des demandeurs d'asile », *Revue européenne des migrations internationales*, 36, 2-3 : 255-267.

Wihtol de Wenden, Catherine. 2017. « L'Europe face à la crise de l'accueil des réfugiés », dans Michel Wieviorka (dir.). *Les solidarités*. Auxerre, Éditions Sciences Humaines, coll. « Les entretiens d'Auxerre » : 253-268.

## Notes

[1] La recherche porte sur les effets de la crise de la COVID sur l'accès aux droits des personnes exilées. Elle est financée par l'Agence nationale de la recherche (ANR). Dans un premier temps, nous nous sommes surtout intéressés aux actions des associations locales. Puis, nous avons complété l'enquête en menant des entretiens plus systématiques avec les institutions et les associations opératrices de l'État. Les entretiens de cette deuxième phase n'étaient pas analysés à l'écriture de l'article et ne sont donc pas intégrés aux présents raisonnements.

[2] La formule est celle employée au sein du Collectif interorganisation de soutien aux personnes exilées, qui regroupe une très grande partie des organisations collectives mobilisées à Rennes.

[3] Les conditions d'accueil déterminées par l'État comprennent « le logement, la nourriture et l'habillement, fournis en nature ou sous forme d'allocation financière ou de bons, ou en combinant ces trois formules, ainsi qu'une allocation journalière » (article 2 de la directive 2003/9/CE du Conseil de l'Union européenne du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres).

[4] Pour respecter l'action des associations et éviter leur identification, elles sont présentées de manière anonyme.

[5] Conseil scientifique COVID-19, *Avis du Conseil scientifique COVID-19 du 2 avril 2020 – État des lieux du confinement et critères de sortie*. <https://www.vie-publique.fr/rapport/274080-avis-conseil-scientifique-covid-2-avril-2020-confinement-criteres-sortie>. Page consultée le 10 avril 2022.

[6] Julia Pascual et Isabelle Rey-Lefebvre, « Hébergement des migrants : le "115" sous pression. Des associations dénoncent le "tri" qu'imposeraient des préfectures pour l'accueil des personnes étrangères », *Le Monde*, 16 octobre 2019. <https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/10/16/hebergement-des-migrants-le-115-sous-pression_6015734_3224.html>. Page consultée le 10 avril 2022.

# Maltraitance organisationnelle dans les CHSLD : la réponse du gouvernement du Québec en contexte de crise sanitaire

**MARIE BEAULIEU**

Professeure, codirectrice — Centre collaborateur OMS, Communautés amies des aînés/Maltraitance des aînés

Titulaire — Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées

**JULIEN CADIEUX GENESSE**

M. Serv. soc., coordonnateur — Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées

Professionnel de recherche

—

## 1. COVID-19 au Québec : que pouvons-nous conclure de la 1re vague ?

Avec plus de deux ans écoulés depuis l'avènement du premier cas de COVID-19 déclaré en février 2020 au Québec (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2021c), la communauté scientifique a pu prendre un recul qui lui permet d'évaluer certains aspects de la gestion de la crise pendant la première vague, notamment en ce qui a trait à la dégradation des conditions de vie et de l'état de santé général des personnes aînées.

Et pour cause : le Québec se démarque des autres provinces et territoires canadiens par ses statistiques nettement plus élevées en ce qui concerne le nombre de cas et de décès reliés au virus entre mars et juin 2020. Sur les 104 204 cas et 8 606 décès enregistrés au Canada pendant cette période, le Québec comptabilisait 55 458 d'entre eux et 5 503 décès, ce qui représentait un peu plus de 53 % des cas et un peu moins de 64 % des décès sur le territoire canadien (Gouvernement du Canada, 2021).

En ventilant ces statistiques selon les groupes d'âge, les données compilées par l'Institut national de santé publique (INSPQ, 2021b) montraient une forte prévalence des cas chez la population âgée de 60 ans et plus, avec un total de 20 468 cas pour cette période. Même constat pour les décès, avec un total de 5 499 chez ce même groupe. En raffinant les données, il est apparu, sans équivoque, que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont été les plus durement touchés, regroupant près de 70 % des décès au Québec pour cette même période (INSPQ, 2021a).

Ce triste record ne s'est malheureusement pas atténué au cours de l'été, au contraire. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans son *Plan d'action pour une deuxième vague*, a indiqué qu'« au 6 août, 89,2 % des décès dus à la COVID-19 étaient survenus dans les établissements de soins et d'hébergement de longue durée » (Gouvernement du Québec – MSSS, 2020 : 21).

Ainsi, les enjeux de maltraitance envers les personnes aînées, laquelle se définit au Québec comme « un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se [produisant] dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, [et qui cause] du tort ou de la détresse » (Gouvernement du Québec – ministère de la Famille [MF], 2017 : 15), n'ont pas fait figure d'exception durant cette vague. Au contraire, ils ont occupé l'espace médiatique et politique à de multiples reprises en raison des importantes lacunes constatées dans les soins et services offerts aux résidents des CHSLD (Beaulieu, Cadieux Genesse et St-Martin, 2021).

À la lumière de ces premiers constats, il est indéniable qu'un temps de réflexion s'impose afin d'éviter qu'un drame d'une telle ampleur ne s'y reproduise. Nul doute que les enquêtes du Protecteur du citoyen, du Bureau du coroner, de la Commissaire à la santé et au bien-être et de la Vérificatrice générale y contribueront. Cet article s'inscrit au sein de cette démarche réflexive en ayant pour objectif de mettre en exergue les facteurs politiques et organisationnels ayant joué un rôle central dans la détérioration des conditions de vie et de la santé de ces résidents, tout en s'attardant aux réponses déployées en urgence par le politique pour contrecarrer des situations de négligence organisationnelle, pour reprendre les mots du premier ministre (PM) du Québec (Assemblée nationale du Québec [AnQ], 11 avril 2020). Ce faisant, trois sous-questions sont explorées :

- Quel a été le degré de préparation des CHSLD pour contrer l'arrivée du virus en leurs murs comparativement aux centres hospitaliers ?

- Quelles furent les répercussions de l'entrée du virus sur les employés des CHSLD, sur la gouvernance de ces établissements et sur les résidents lors de la première vague ?

- Quels sont les bienfaits anticipés et les limites associées à la mise en place rapide du programme de formation accélérée des PAB afin de juguler le problème récurrent de la pénurie de main-d'œuvre dans ces milieux ?

Pour structurer ces multiples réflexions, le cadre conceptuel de la maltraitance envers les personnes aînées en vigueur au Québec, et plus particulièrement celui de la maltraitance organisationnelle, sera mis à contribution (Comité sur la terminologie, 2017). Il permet d'apprécier la nature et la qualité de la réponse aux besoins des personnes aînées, en particulier celles qui, en raison de leur condition générale, nécessitent un suivi médical et psychosocial régulier.

Qu'elle prenne la forme de « négligence », c'est-à-dire ne pas se soucier de la personne aînée ou de répondre à ses besoins, ou de « violence » en la faisant agir contre sa volonté ainsi que l'exemplifie le tableau 1, la maltraitance organisationnelle renvoie par définition à « toute situation préjudiciable créée ou tolérée par des procédures d'organisations responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes » (Gouvernement du Québec – MF, 2017 : 18). La maltraitance organisationnelle envers les personnes aînées comprend cinq éléments distincts et interreliés, tous rencontrés à divers degrés lors de la première vague en CHSLD :

- Elle génère des conséquences physiques, psychologiques, sociales ou financières chez la personne aînée dans un premier temps, mais peut également se faire sentir dans l'entourage immédiat de cette dernière (famille, ami, visiteur, etc.), tout comme chez les professionnels gravitant auprès d'elle;

- Elle peut être présente depuis peu ou se maintenir dans le temps au sein d'une organisation;

- Elle se rattache intimement à l'organisation générale du milieu de travail ou du milieu de vie dans lequel évoluent respectivement les professionnels et les personnes aînées;

- Elle renvoie à différentes composantes de l'offre de soins ou de services : planification du travail des professionnels, ratios employés-résidents, pratiques de soins en place et cautionnées par l'organisation, capacités à offrir des services en temps opportun, etc.;
- Elle brime directement ou indirectement la jouissance de certains droits individuels et collectifs, dont celui à la dignité et à la sécurité des personnes aînées.

**Tableau 1**

**Exemples de maltraitance organisationnelle selon chacune des formes**

| Type de maltraitance | Sous forme de violence | Sous forme de négligence |
|---|---|---|
| Maltraitance organisationnelle | Conditions ou pratiques organisationnelles qui entraînent le non-respect des choix ou des droits de la personne (ex : services offerts de façon brusque), etc. | Offre de services inadaptée aux besoins des personnes, directive absente ou mal comprise de la part du personnel, capacité organisationnelle réduite, procédure administrative complexe, formation inadéquate du personnel, personnel non mobilisé, etc. |

Inspiré de Comité sur la terminologie, 2017.

Cette réflexion s'appuie sur une analyse thématique des allocutions médiatiques (n = 73) du PM, du directeur national de la santé publique et de la ministre de la Santé et des Services sociaux entre mars et juin 2020 officiellement consignées par l'Assemblée nationale du Québec (AnQ). Au-delà d'une visée informationnelle, ces conférences de presse orientèrent directement la réponse à la crise sanitaire, tout en modulant la prise de conscience de problématiques sociales sous-jacentes, notamment celle touchant la maltraitance.

Les conférences de presse accordées ont été analysées chronologiquement à l'aide d'une grille comportant 14 catégories : les régions administratives identifiées lors des allocutions médiatiques; la description de leur portrait épidémiologique; les mesures politiques et de santé publique y étant déployées; les délais leur étant associés; les groupes populationnels touchés par ces actions; les traits de caractère individuels et sociaux octroyés aux personnes aînées (ex. vulnérable, fragile, etc.); leurs lieux de résidence; les caractéristiques associées à l'état de ces lieux; leur lien d'affiliation (public, privé, conventionné ou non) avec le réseau de la santé et des services sociaux

(RSSS); les ressources humaines, financières et matérielles investies dans les différents établissements du RSSS; le nombre de décès par type de résidence. Finalement, les éléments se rattachant à la maltraitance, plus spécifiquement à la maltraitance organisationnelle, et aux torts et conséquences directement ou indirectement vécus par les personnes aînées furent aussi colligés.

Ces diverses catégories ont permis d'effectuer des recoupements temporels entre l'entrée en vigueur de certaines mesures de mitigation en CHSLD, confirmant par le fait même une certaine négligence dans la préparation en ce qui a trait aux ressources matérielles et humaines, et les conséquences engendrées dans la vie des résidents. Le corpus documentaire principal a également été croisé avec les contenus de la littérature scientifique, de la littérature grise et journalistique (*La Presse*, *Le Devoir* et Radio-Canada) publiés lors ou à la suite de la première vague.

## 2. Réponses gouvernementales à la crise en CHSLD lors de la 1re vague

En rétrospective, il ne fait aucun doute que ce funeste portrait soulève des questionnements liés à la réponse aux besoins des personnes aînées, questionnements qui portent aussi bien sur des éléments logistiques antérieurs à l'arrivée du virus que sur les mesures déployées à la suite de son entrée en CHSLD (Légaré, 2020). Le tableau 2 fait état des principaux résultats de cette analyse en regard des diverses étapes de gestion de crise, telle qu'opérée par le politique entre mars et juin 2020.

## Tableau 2

### Principaux résultats de l'analyse des discours consignés à l'AnQ en lien avec la maltraitance entre mars et juin 2020

| Date en 2020 | Population concernée | Annonces et prises de décisions du politique | Lien avec la lutte contre la maltraitance |
|---|---|---|---|
| 11 mars | Entièreté du Québec | Annonce qu'un plan de contingence est développé dès janvier pour contrer le virus | Laisse entendre que les différents établissements du RSSS** sont prêts à contrer le virus, ce qui n'a pas été le cas |
| 14 mars | 70 ans et plus | Interdiction de visites non essentielles dans les CHSLD, hôpitaux et centres pour personnes aînées | Début de l'isolement des personnes aînées, un facteur de risque bien documenté en matière de maltraitance |
| 17 mars | Entièreté du Québec | Libération des lits dans les centres hospitaliers par le transfert des patients plus âgés vers les CHSLD | Préparation de certains établissements du RSSS au détriment d'autres, ce qui a engendré, du même coup, une carence dans les soins et services au sein de certains secteurs en raison des nombreuses éclosions |
| 1er avril | Résidents des RPA* et des CHSLD | Première mention par le politique d'une « grande inquiétude » quant à l'état des CHSLD et des RPA | Le plan de contingence, soi-disant développé en janvier pour tous les établissements du RSSS, n'a pas permis de protéger la santé, la sécurité et la dignité des résidents |
| 11 avril | Résidents des CHSLD | Des inspecteurs du MSSS visitent les 40 CHSLD non conventionnés du Québec à la suite de l'annonce de 31 décès dans le CHSLD Herron | Mention explicite de la part du PM qu'il y aurait eu de la « grosse négligence » au sein du CHSLD Herron |
| 15 avril | Employés du RSSS et résidents des CHSLD | Absence massive de personnel dans les CHSLD publics et privés | Impossibilité d'offrir des soins et services de base. Il est nécessaire de recourir à des équipes mobiles ou à des agences de placement, ce qui a pour effet de propager le virus |
| 22 avril | Résidents des CHSLD | Demande transmise au gouvernement fédéral de déployer les Forces armées canadiennes dans les CHSLD où la situation est jugée critique | Constat qu'une aide externe est nécessaire pour offrir des soins et services de base aux résidents des CHSLD liés à la nutrition, à l'alimentation et à l'hygiène, négligés précédemment |
| 5 mai | Résidents des CHSLD et proches aidants | Les proches aidants significatifs pourront s'occuper des membres de leur famille en respectant des règles de visite strictes | Permet de diminuer un des facteurs de risque de la maltraitance bien documenté en CHSLD, celui de l'isolement social |
| 2 juin | Entièreté du Québec | Lancement du programme de formation accéléré des PAB qui travailleront en CHSLD | Amputation de la moitié des compétences professionnelles, dont celle abordant la lutte contre la maltraitance |

*RPA : Résidence privée pour aînés; **RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux.

Avant de porter une attention particulière à la formation et à l'embauche rapide de personnel en CHSLD afin de lutter contre le virus, et par le fait même, de réduire les risques de négligence organisationnelle en ces lieux, il semble opportun d'approfondir les éléments à la source du déploiement de ce projet réfléchi hâtivement : le manque de préparation dans les CHSLD québécois, les lacunes marquées dans la réponse aux besoins des personnes aînées et les effets de la COVID-19 sur l'organisation du travail.

### 2.1 Divergence marquée des mesures prophylactiques mises en place au Québec dans les hôpitaux et les établissements pour personnes âgées

Les conférences de presse quotidiennes sur la gestion de crise, tenues par le PM, la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque et le directeur national de la santé publique du Québec, ont débuté dans la semaine du 9 mars 2020. D'entrée de jeu, les allocutions du politique et de la santé publique ont traité de la préparation soutenue des centres hospitaliers en vue d'une réception massive de personnes infectées (Légaré, 2020). À la mi-mars 2020, la ministre de la Santé et des Services sociaux a indiqué que le Québec disposait, pour ses 8,5 millions d'habitants, de

> 1000 lits de soins intensifs [et de] 18 000 lits d'hospitalisation. [Le Québec avait également] la possibilité de débloquer 6 000 [à 8 000] lits à l'intérieur des 18 000 en cessant les chirurgies électives. [Cela était] aussi [possible de libérer des lits] en donnant aux personnes qui n'[avaient] pas besoin de soins hospitaliers un autre endroit où [aller] (AnQ, 17 mars 2020).

Cette préparation colossale des centres hospitaliers a été justifiée par l'état critique de la situation sanitaire en Europe, et plus particulièrement en Italie, qui voyait son système de santé surmené et dépassé en raison de la montée rapide des hospitalisations, la moyenne hebdomadaire de nouveaux cas y passant de 200 par jour au 1er mars 2020 à 5 643 au sommet de la première vague, le 25 mars (Allen *et al.*, 2021).

Pour prévenir un tel scénario, la libération massive de lits s'est orchestrée par le transfert soutenu des personnes aînées hospitalisées vers des CHSLD (INSPQ, 2021c). Or, le PM a indiqué, en rétrospective, que ces précautions ont été prises au-delà des réels besoins sanitaires. Après un mois de délestage dans les opérations chirurgicales et de transferts des personnes aînées en CHSLD, il a affirmé :

> [Nous arrêtons les transferts, car nous avons] libéré jusqu'à 8 000 lits. [Nous sommes] en train de ramener [le compte] à 6 000 parce que [nous n'en] utilisons [que] 700. [Ce] ne sera plus nécessaire de continuer à transférer des patients des hôpitaux vers les CHSLD. [Finalement], il n'y a personne qui a souffert de ces transferts sur la qualité des services reçus. (AnQ, 10 avril 2020)

Cette dernière affirmation a créé de nombreuses réactions puisque les faits sont rapidement venus contredire l'optimisme du PM. En effet, dans les jours qui suivirent, il a été révélé que la COVID-19 avait été introduite par des personnes aînées transférées en CHSLD (Bilodeau *et al.*, 2020).

## 2.2 La détérioration de l'état sanitaire des CHSLD : un électrochoc collectif

Cette déclaration du PM est survenue la veille de l'annonce des 31 décès en un mois dans le CHSLD privé Herron (AnQ, 11 avril 2020). Le rapport d'enquête publié conjointement par le Collège des médecins (CMQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers (OIIQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires (OIIAQ) du Québec en janvier 2021 a été sans équivoque : une masse critique du personnel s'est absentée de manière récurrente à la fin du mois de mars, car infectée ou par crainte de l'être, sans que leur remplacement ne soit planifié ou organisé. Ainsi, l'établissement s'est retrouvé en sous-effectif et les résidents ont été privés d'hydratation, de nourriture et des soins d'hygiène de base :

> À l'arrivée des premiers intervenants [...], durant la soirée du 29 mars 2020, la situation était telle que des résidents n'avaient pas mangé, des plateaux de repas s'étaient accumulés dans leurs chambres, ils étaient assoiffés et démontraient des signes de déshydratation importants. Les soins d'hygiène et les soins d'incontinence n'avaient pas été prodigués depuis longtemps. (CMQ, OIIQ, OIIAQ, 2021 : 45)

Ce tragique état des lieux fut loin d'être l'apanage de ce CHSLD privé non conventionné. Au contraire, il a été le précurseur de plusieurs semaines sombres dans les CHSLD, et ce, qu'ils aient été publics, privés conventionnés ou privés non conventionnés (Gagnon, 2021). La situation poussa le PM à reconnaître qu'il s'agissait de négligence organisationnelle :

> Il va y avoir une enquête, donc je dois être prudent. Puis j'ai le goût de ne pas l'être. Bien honnêtement, je pense qu'*a priori*, il y a de la grosse

> négligence […] à la résidence Herron. Maintenant, l'enquête va démontrer exactement ce qui est arrivé, mais, je répète, quand le CIUSSS est arrivé […], presque tout le personnel était parti. […] Ça n'a pas de bon sens qu'on arrive dans un centre puis que la majorité du personnel soit partie. Donc, je pense que ça regarde beaucoup comme de la grosse négligence. (AnQ, 11 avril 2020)

Force est de constater que cet événement a frappé l'imaginaire de la population québécoise et a attiré l'attention du politique, de la santé publique et des médias sur la situation vécue en CHSLD, alors que le nombre de décès cumulés en ces lieux ne cessait de grimper à l'échelle nationale : 442 (11 avril), 918 (18 avril), 1544 (25 avril) et 2160 (2 mai) (INSPQ, 2021a).

Dans la même optique, le gouvernement du Québec a reconnu, par le truchement de son *Plan d'action pour une deuxième vague* (Gouvernement du Québec – MSSS, 2020 : 40), que le cas Herron a été le révélateur d'une crise profonde : « [L]es événements entourant le CHSLD Herron ont constitué le point de départ de la mise au jour de problèmes systémiques dans ces milieux. »

Mise *au* jour ou mise *à* jour ? Ici, le choix de la préposition est lourd de sens et d'implication puisqu'elle indique s'il s'agit d'une *révélation*, comme le laisse entendre le gouvernement, ou d'une *réactualisation* de problèmes organisationnels déjà présents et non résolus avant la pandémie. Pour le CHSLD Herron, du moins, le rapport d'intervention du Protecteur du citoyen produit trois ans plus tôt laisse tendre vers la seconde explication (Protecteur du citoyen, 2017).

Mais qu'en était-il du réseau des CHSLD pris dans son ensemble ?

## 2.3 « Révélation » ou « réactualisation » des problèmes organisationnels en CHSLD ?

### 2.3.1 Le manque de personnel, un enjeu déjà bien connu

Ce n'est qu'à partir de la mi-avril 2020 que les répercussions logistiques, organisationnelles et humanitaires associées à l'entrée du virus dans les CHSLD ont été rapportées aux hautes instances politiques et évoquées lors d'une conférence de presse (Castonguay, 2020). Le cas Herron, le nombre de décès croissant et le manque criant de personnel dans les CHSLD ont poussé le PM à qualifier la situation en ces lieux « d'urgence nationale » :

> Je veux revenir sur notre urgence nationale, la situation dans les CHSLD. Je sais qu'il y a beaucoup de Québécois qui se demandent comment on a pu se retrouver dans cette situation. Puis j'avoue que cela fait plusieurs jours, plusieurs nuits que je me demande : qu'est-ce que j'aurais dû faire autrement ? (AnQ, 15 avril 2020)

La méconnaissance de l'enjeu de pénurie d'effectifs réguliers dans cette partie du RSSS ne peut être évoquée, car connue des élus depuis maintes années, et ce, sans égard aux allégeances politiques. À titre d'exemple, la Commission de la santé et des services sociaux, formée de treize parlementaires appartenant à divers partis politiques, s'était penchée sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD dès 2013. Les vingt recommandations contenues dans le rapport de cette Commission, déposé à l'AnQ en 2016, ont été adoptées à l'unanimité (Cimon-Mattar, 2016). En voici une sélection :

- Que le MSSS mette à jour ses normes concernant les ratios de personnel afin d'assurer une prestation adéquate de soins et de services aux personnes hébergées, selon leurs besoins individuels (Recommandation 1);
- Que les établissements développent des mesures de valorisation des professions et des métiers exercés dans les CHSLD, en particulier celui des PAB (Recommandation 11);
- Que les établissements se préoccupent davantage de la stabilité des équipes soignantes déployées auprès de chaque résident (Recommandation 15).

Autre élément chronologique associant cet enjeu à la sphère du politique, le Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD qui a été tenu en 2016 par le MSSS dans le but d'identifier les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles et de soutenir concrètement leur implantation. À la fin de l'exercice, le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque s'est engagé à « investir des budgets supplémentaires, dont 65 M$ dès maintenant, pour l'ajout de 1150 PAB, infirmières auxiliaires et infirmières dans les CHSLD pour améliorer la réponse aux besoins des résidents » (Gouvernement du Québec – MSSS, 2018 : § 2).

Tout indique que, depuis l'accès au pouvoir de la Coalition avenir Québec (CAQ) en 2018, qui précède de deux ans la crise sanitaire, cet état de fait n'a pas été redressé. Il aura fallu un bouleversement mondial pour voir le politique agir et mettre de l'avant des mesures qui répondent aux besoins des personnes hébergées depuis longtemps connus.

### 2.3.2 Mouvement de personnel, un recours accentué durant la crise

Comme le manque de préparation à l'arrivée du virus dans les CHSLD, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée y a été l'un des facteurs à la source de la flambée des cas puisqu'elle a amplifié le recours aux mouvements de personnel afin d'éviter les bris de services (Commissaire à la santé et au bien-être, 2021). En d'autres termes, les établissements ont tenté de compenser cette carence en mettant en place des équipes de travail mobiles ou en sous-traitant des heures de soins à des agences de placement privées. Ainsi,

> [a]fin de maintenir le niveau de soins et de services essentiels [...], un même employé pouvait œuvrer dans plusieurs installations. Les milieux privés et publics ont aussi dû augmenter le recours aux services d'agences de placement. Ces travailleurs sont amenés à travailler dans différents milieux et sont souvent peu familiers avec les pratiques en prévention et contrôle des infections, leur impact sur la propagation du virus est certain (Gouvernement du Québec – MSSS, 2020 : 69).

En indiquant que les milieux privés et publics ont été amenés à « augmenter le recours aux services d'agences de placement », le MSSS confirme que la sous-traitance d'heures de travail aux agences de placement constitue une pratique déjà implantée avant l'avènement de la pandémie et, par le fait même, que l'utilisation exacerbée de cette stratégie était prévisible.

À ce sujet, la réponse du MSSS à une demande d'accès à l'information montre une stabilité ou une croissance de cette délégation pour les corps de métier ou professions offrant des soins directs au Québec, à l'exception des infirmières (Gouvernement du Québec – MSSS, 2021c). Bien que leurs heures ont baissé depuis 2010, cette avenue reste tout de même très fréquente. Le tableau 3 rapporte une partie des statistiques compilées par le MSSS à ce sujet en 2021.

**Tableau 3**
**Heures de soins déléguées aux agences par catégorie d'emploi depuis 2010**

| | 2010-2011 | 2014-2015 | 2019-2020 |
|---|---|---|---|
| Préposé aux bénéficiaires | 680 405 | 483 967 | 1 526 528 |
| Auxiliaire familiale | 1 048 691 | 1 554 365 | 1 593 800 |
| Infirmière | 1 905 047 | 1 097 735 | 1 156 573 |
| Infirmière auxiliaire | 509 046 | 237 808 | 451 373 |

En définitive, ces méthodes d'organisation du travail ont favorisé la propagation du virus par le déplacement de travailleurs de la santé asymptomatiques (INSPQ, 2021d). Cette mobilité a entraîné une recrudescence des cas chez les résidents et les employés, exacerbant ainsi les besoins de soins et générant une augmentation de l'absentéisme (AnQ, 15 avril 2020). À partir de ce moment, des solutions draconiennes ont été envisagées afin d'assurer une stabilité dans les équipes de soins.

### 2.3.3 Mesure d'exception : la mobilisation des Forces armées canadiennes

Pour pallier ce manque de main-d'œuvre dûment formé en santé, et reprendre le contrôle sur la situation, le PM québécois a demandé à son homologue canadien de déployer les militaires dans les CHSLD jugés critiques. Comme le déclarera le PM lors d'un point de presse :

> [Nous avons] demandé officiellement au gouvernement fédéral d'avoir 1000 soldats. Ce [ne sont] pas des personnes qui ont une formation [médicale] [...]. Je pense [que] ça va beaucoup nous aider, avoir des paires de bras additionnelles pour faire des tâches qui sont moins médicales, puis aider le personnel, qui est insuffisant actuellement dans les CHSLD, à bien s'occuper de nos aînés. (AnQ, 22 avril 2020)

Cette stratégie a été bénéfique selon le rapport des Forces armées canadiennes (FAC) déposé au bureau du PM du Québec en mai 2020. La contribution des FAC a été cruciale sur les plans de la logistique, de l'assistance à la gestion, de la prévention des infections et de la consolidation des équipes de soins, autres éléments lacunaires à la source de la propagation de la COVID-19. Les principaux points saillants du rapport indiquent :

- Que les FAC ont offert un soutien dans la mise en place d'un système d'approvisionnement, d'entreposage et de répartition des équipements de protection individuels;
- Qu'elles ont conseillé les équipes de gestion, lorsqu'il y en avait, sur la mise en place de canaux de communication centralisés et fluides;
- Qu'elles ont participé à la délimitation et à la création physiques des zones chaudes, tièdes et froides et à la surveillance du respect des procédures sanitaires en ces lieux;
- Qu'elles ont permis d'éviter les bris de soins en effectuant des tâches ne demandant pas de compétences médicales.

En somme, les FAC ont contribué à reprendre le contrôle de la situation en collaborant étroitement avec les équipes de santé des CHSLD éprouvés. Le gouvernement fédéral a néanmoins indiqué que cette intervention humanitaire ne pouvait perdurer, signalant par la même occasion que de nouvelles stratégies devaient être adoptées au début du mois de juin afin d'assurer une transition entre ces mesures d'urgence et des mesures pérennes. Ainsi, à la mi-juin, la Croix-Rouge canadienne a assumé l'intérim après le départ des FAC jusqu'à l'arrivée des 10 000 PAB qui ont terminé leur formation à la mi-septembre (INSPQ, 2021c).

### 2.4 Formation des PAB : réponse rapide, quoique partielle, à une « crise dans la crise »

Le pari audacieux du gouvernement, soit de former une masse critique de PAB en trois mois, a nécessité un remaniement substantiel du diplôme d'études professionnelles en assistance à la personne en établissement et à domicile. Les futurs PAB se sont engagés contractuellement à acquérir une attestation d'études professionnelles (AEP) en soutien aux soins d'assistance en établissement de santé plutôt que l'usuel diplôme d'études professionnelles (DEP) (Gouvernement du Québec, 2021). Le tableau 4 expose les principaux éléments des deux programmes.

## Tableau 4

**Comparaison entre le diplôme d'études professionnelles (DEP) en assistance à la personne en établissement et à domicile et l'attestation d'études professionnelles (AEP) en soutien aux soins d'assistance en établissement de santé**

| Caractéristiques | DEP[1] | AEP[2] |
|---|---|---|
| Durée (heures) | 870 | 375 |
| Nombre de compétences | 15 | 8 |
| Lieux d'emploi | CHSLD<br>Milieux hospitaliers<br>Domicile<br>Centre de réadaptation<br>Résidence privée pour aînés | CHSLD |
| Compétences partagées | Métier et formation<br>Prévention des infections et de la contamination<br>Soins liés aux activités de la vie quotidienne | Approches relationnelles<br>Besoins et capacités<br>Relation aidante<br>Soins de fin de vie<br>Premiers secours |
| Compétence traitant de la maltraitance | Composer avec des réalités familiales, sociales et culturelles | Absente du cursus |
| Principaux axes de la profession | L'aspect relationnel fait référence aux rapports du PAB avec la personne et son entourage.<br>L'aspect technique des soins d'assistance se rapporte aux méthodes, aux façons de faire, aux protocoles, etc. | |

[1] Gouvernement du Québec - MEES, 2018.
[2] Gouvernement du Québec, 2021.

Une série de faits concernant l'AEP émane de ce tableau : le temps de formation a été considérablement réduit, un seul lieu d'emploi s'y rattache et une importance accrue est accordée aux compétences axées sur l'aspect

« technique » comparativement à l'aspect « relationnel ». Or, ce dernier groupe de compétences occupe une place centrale dans la pratique quotidienne des PAB en CHSLD. La fréquence des interactions ainsi que la proximité physique et psychologique inhérente à leurs tâches les positionnent comme des acteurs clés dans la création d'une relation de confiance entre la personne aînée hébergée, sa famille, le corps professionnel élargi et le CHSLD dans son ensemble (Gouvernement du Québec – ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur [MEES], 2018).

Il ne fait nul doute que l'AEP a été conçue pour répondre aux manquements dans les soins médicaux et aux lacunes organisationnelles mises *à* jour lors de la crise sanitaire. Le PM l'a affirmé lors de la conférence de presse qui annonçait le lancement de la campagne de recrutement :

> Puis évidemment, [...] il faut se préparer à une possible deuxième vague, donc il y a une urgence d'agir. [...] Puis j'en profite tout de suite pour remercier la ministre [des Aînés et des Proches aidants] et le ministre [de l'Éducation] pour le travail qui a été fait au cours des dernières semaines. Je ne pense pas que ça ne se soit jamais vu, de développer un nouveau cours puis de le mettre en place aussi rapidement. (AnQ, 2 juin 2020)

Si la rapidité du déploiement d'une formation et sa brièveté peuvent assurer l'acquisition de certains savoir-faire spécifiques, ces contraintes temporelles ne constituent certainement pas des gages d'une maîtrise, même sommaire, des savoir-être et des savoir-dire centraux dans l'interaction avec des personnes aînées en grande perte d'autonomie fonctionnelle les rendant susceptibles de vivre de la maltraitance (Gouvernement du Québec, 2016). Ainsi, l'absence apparente de la compétence abordant la maltraitance au sein du cursus accéléré est hautement préoccupante, d'autant plus que les PAB « se trouve[nt] aux premières loges pour constater des situations à risque pour l'usager, telles que des situations de violence, de négligence, de maltraitance ou d'agression » (Voyer, Savoie et Lafrenière, 2020 : 11).

Ce manque de formation initiale peut entraîner l'adoption de pratiques maltraitantes ou négligentes, et ce, de manière non intentionnelle de la part des employés (Bytyqi, 2011). Une récente méta-analyse de la prévalence de la maltraitance commise par des employés de centre d'hébergement à travers le monde dévoile que 64,2 % d'entre eux ont rapporté avoir commis un geste de maltraitance durant l'année précédant la collecte de données. Les résultats montrent une prépondérance marquée de maltraitance

psychologique (32,5 %), de négligence (12 %) et de maltraitance physique (9,3 %) (Yon *et al.*, 2018). Bien que ces résultats ne puissent être juxtaposés sans réserve au Québec, ce portrait n'a rien de rassurant.

Au contraire, la littérature scientifique sur les facteurs de risque de la maltraitance en contexte d'hébergement recoupe une série de prédicteurs à forte validité bien présents au Québec lors de la première vague (Beaulieu, Leboeuf, Pelletier et Cadieux Genesse, 2018). Le tableau 5 les résume en les catégorisant selon leurs liens avec l'organisation du milieu – donc des composantes associées à de la maltraitance organisationnelle –, les membres du personnel ou le réseau social des résidents.

**Tableau 5**
**Facteurs de risque de la maltraitance en milieu d'hébergement**

| | |
|---|---|
| Organisation | **Manque ou pénurie de personnel (Cortez, 2013)**<br><br>**Lourdeur de la tâche de travail empêchant les professionnels de donner des soins de qualité dans un temps suffisant (Habjanic *et al.*, 2012)** |
| Personnel | **Connaissances inadéquates et formations limitées (Bytyqi, 2011)**<br><br>**Problèmes personnels, dont un historique de violence domestique, de santé mentale, de consommation de drogue ou d'alcool (Pickens, Halphen et Dyer, 2011)**<br><br>**Stress, fatigue émotionnelle ou épuisement professionnel (Cortez, 2013)**<br><br>**Attitude négative envers les personnes aînées en général, les résidents en particulier ou envers le travail (Pickens, Halphen et Dyer, 2011)** |
| Personne aînée | **Isolement social ou avoir peu ou pas de visites (Bytyqi, 2011)** |

Dans une perspective de lutte contre la maltraitance, cette préoccupation à l'égard de la formation accélérée des PAB est d'autant plus légitime que le fait de vivre de la maltraitance s'accompagne invariablement de conséquences, celle-ci pouvant réduire significativement l'espérance de vie, engendrer de la comorbidité, voire précipiter le décès (Yunus, Hairi et Choo, 2019).

### 2.4.1 La formation accélérée des PAB : un paradoxe en lutte contre la maltraitance

Ainsi qu'il a été permis de le constater tout au long de cet article, le fait de former une masse critique de PAB constitue une avenue hors du commun et

temporaire dans ce contexte d'urgence sanitaire. Cependant, cette stratégie devient hasardeuse, du moins en matière de lutte contre la maltraitance, du moment où la formation de base ne serait pas complétée une fois la crise sanitaire atténuée, voire résorbée. Et pour cause, l'AEP portant en son sein un paradoxe : le renforcement de facteurs de protection, tout comme l'accentuation de facteurs de risque de maltraitance en milieu d'hébergement.

Par facteur de protection, il est entendu ceci : tous éléments propres à un individu ou à son environnement qui permettent de diminuer l'incidence d'une problématique, telle la maltraitance (Gouvernement du Québec – MF, 2017). L'amélioration des conditions de travail et la stabilisation des équipes de soins en CHSLD sont deux exemples de facteurs de protection anticipés en matière de maltraitance organisationnelle, pour les personnes aînées résidant en CHSLD, découlant de cette formation massive. Le PM en a fait ses principaux chevaux de bataille en indiquant, quelques semaines avant le lancement de l'AEP, que l'organisation des quarts de travail, jumelée à un salaire peu élevé, sapait l'attrait vis-à-vis d'une carrière en CHSLD, en plus de miner la rétention des PAB (AnQ, 22 avril 2020). En offrant une bourse d'études durant la formation accélérée, en plus de garantir un poste permanent en CHSLD à temps plein et un taux horaire équivalant à 49 000 $ par an dès la fin de la formation, le PM considère avoir tout mis en œuvre pour redresser cette situation (Gouvernement du Québec, 2021).

Cependant, l'existence de ces facteurs de protection accrus n'élimine pas *de facto* les facteurs de risque toujours en présence (Beaulieu, Leboeuf, Pelletier et Cadieux Genesse, 2018). Le paradoxe émerge donc en s'attardant à la seconde catégorie du tableau 5. Celle-ci présente le « manque de connaissances ou une formation limitée » comme un facteur en cause dans l'augmentation des probabilités d'occurrence ou de récurrence de maltraitance. Ainsi, si le cursus des PAB nouvellement arrivés n'est pas complété par de la formation continue afin d'assurer l'acquisition de toutes les compétences inhérentes à ce métier, la qualité des pratiques de lutte contre la maltraitance en CHSLD s'en fera ressentir.

Cette formation complémentaire est d'autant plus critique et nécessaire que les PAB en CHSLD ont l'obligation légale de signaler une situation potentielle ou avérée de maltraitance selon la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Dans le contexte où aucune annonce n'a été transmise publiquement par

le gouvernement quant à la complétude de l'AEP, il y a lieu de se demander comment ces PAB seront en mesure de repérer les situations de maltraitance alors que les connaissances de base en cette matière, enseignées dans le cadre du DEP, semblent exclues du programme qu'ils ont suivi. Comment ces PAB pourront-ils satisfaire leurs obligations consignées dans la *Loi*, si celle-ci ne leur fut pas enseignée ?

## 3. Conclusion

En rétrospective, il est évident que les stratégies gouvernementales déployées durant la première vague ont généré des effets iatrogènes notables en CHSLD. D'une part, le virus s'y est introduit et a proliféré à la suite d'une préparation démesurée des centres hospitaliers au détriment des CHSLD. D'autre part, cela a provoqué une recrudescence de l'absentéisme chez les membres du personnel régulier, ce qui a poussé les gestionnaires du RSSS à recourir à des agences de placement privées, accélérant par le fait même la propagation du virus d'un CHSLD à un autre.

Finalement, il est légitime de s'interroger à savoir si l'appareil étatique ne contribue pas, bien malgré lui, à l'instauration potentielle d'une pratique de négligence organisationnelle en CHSLD public au Québec avec ses PAB formés expéditivement, pratique qu'il a pourtant décriée, il n'y a pas si longtemps, pour des CHSLD privés qu'il tente maintenant de conventionner. En effet, le cautionnement gouvernemental implicite que constitue l'existence d'un double standard de formation pour la profession de PAB en CHSLD pointerait dans cette direction puisqu'il porte, en puissance, les principaux éléments associés à ce type de maltraitance :

- Il constitue la résultante d'une procédure organisationnelle découlant de décisions gouvernementales et ministérielles;
- Il se trouve actuellement toléré puisqu'aucune annonce n'a été officiellement faite afin de rendre obligatoire la complétude de la formation une fois la crise en CHSLD atténuée;
- Il implique la distribution de soins et de services au sein d'établissements du RSSS;
- Il compromet, vraisemblablement, le droit à la sécurité des résidents en raison d'une formation amputée de la moitié des compétences enseignées dans le cursus standard;

- Il génère des situations potentiellement préjudiciables sur le plan physique et psychologique, notamment par une méconnaissance des indices permettant le repérage précoce de la maltraitance et des mécanismes devant être mis en place pour tenter d'y mettre un terme.

Cette mesure d'exception, justifiable en temps de crise sanitaire planétaire, ne peut perdurer une fois les impacts en CHSLD résorbés. Poursuivre sur une telle trajectoire qui persisterait au-delà de cet horizon ne ferait que compromettre le bien-être global des résidents à long terme. En définitive, leur santé ainsi que leur sécurité ne devraient en aucun temps être ironiquement compromises par une action de l'État initialement déployée afin de les préserver.

—

## Bibliographie

Allen, Jordan, Sarah Almukhtar, Aliza Aufrichtig, Anne Barnard, Matthew Bloch, Sarah Cahalan, Weiyi Cai, Julia Calderone, Keith Collins, Matthew Conlen *et al*. 2021. « Italy Coronavirus Map and Case Count », *The New York Times*, 13 mai. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/world/europe/italy-coronavirus-cases.html>. Page consultée le 13 mai 2021.

Assemblée nationale du Québec [AnQ]. 2020. *Conférences et points de presse dans les édifices de l'Assemblée nationale* [voir : 17 mars, 10, 11, 15, 17, 22 avril et 2 juin 2020]. <http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/index.html>. Page consultée le 11 mai 2021.

Beaulieu, Marie, Roxane Leboeuf, Caroline Pelletier et Julien Cadieux Genesse. 2018. « La maltraitance envers les personnes aînées », dans Julie Laforest, Louise Marie Bouchard et Pierre Maurice (dir.). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Québec, Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique : 169-197.

Beaulieu, Marie, Julien Cadieux Genesse et Kevin St-Martin. 2021. « High Death Rate of Older Persons from COVID-19 in Quebec (Canada) Long-Term Care Facilities: Chronology and Analysis », *Journal of Adult Protection*, 23, 2 : 110-115.

Bilodeau, Émilie, Gabrielle Duchaine, Katia Gagnon et Ariane Lacoursière. 2020. « Institut de gériatrie de Montréal : quand la forteresse tombe », *La Presse*, 4 mai. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-05-04/institut-de-geriatrie-de-montreal-quand-la-forteresse-tombe>. Page consultée le 13 mai 2021.

Bytyqi, Benita. 2011. *La maltraitance envers les personnes âgées en établissement médico-social (EMS). Identification des facteurs de risque et des moyens de prévention*. Fribourg, Haute École de Santé. <https://core.ac.uk/download/pdf/20655908.pdf>. Page consultée le 26 mai 2021.

Castonguay, Alec. 2020. « Au cœur de la bataille pour sauver le Québec. Un récit exclusif des dessous de la crise », *L'actualité*, 6 mai. <https://lactualite.com/politique/la-bataille-pour-sauver-le-quebec/>. Page consultée le 19 mai 2021.

Cimon-Mattar, Noémie. 2016. *Vingt recommandations unanimes. La Commission de la santé et des services sociaux dépose un rapport sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD*. <http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/communiques/CommuniquePresse-3995.html>. Page consultée le 19 mai 2021.

Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. 2021. *Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19 – Janvier 2021*. Montréal, Direction des communications du Collège des médecins. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2021-03-16-fr-rapport-enquete-services-medicaux-soins-inf-chsld-herron-iugm-covid-19.pdf>. Page consultée le 13 mai 2021.

Comité sur la terminologie [Centre affilié universitaire en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal; Ligne provinciale Aide Abus Aînés; Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées; ministère de la Santé et des Services sociaux; Secrétariat aux aînés du gouvernement du Québec]. 2017. « La terminologie québécoise », *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées*. <https://maltraitancedesaines.com/terminologie/>. Page consultée le 26 janvier 2022.

Commissaire à la santé et au bien-être. 2021. *Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19. Rapport de consultation – Appel à témoignages*. Québec, Direction des communications du Commissaire à la santé et au bien-être. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/CSBE-Rapport-Appel_temoignages_6avril.pdf>. Page consultée le 11 mai 2021.

Cortez, Nathalie. 2013. *Elder Abuse and Neglect in Long-Term Care Facilities: A Literature Review*. Montréal, CSSS Cavendish.

Estabrooks, Carole, Sharon Straus, Colleen Flood, Janice Keefe, Pat Armstrong, Gail Donner, Véronique Boscart, Francine Ducharme, James Silvius et Michael Wolfson. 2020. *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée. Une note de breffage de la SRC*. Ottawa, Société royale du Canada. <https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB_FR.pdf>. Page consultée le 11 mai 2021.

Forces armées canadiennes. 2020. *Observations sur les centres d'hébergement de soins longue durée de Montréal*. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Rapport_FAC/Observation_FAC_CHSLD.pdf?1590587216>. Page consultée le 20 mai 2021.

Gagnon, Katia. 2021. « Enquête sur les CHSLD : le palmarès du pire », *La Presse*, 18 mars. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-03-18/enquete-sur-les-chsld/le-palmares-du-pire.php>. Page consultée le 14 mai 2021.

Gouvernement du Canada. 2021. *Maladie à coronavirus (COVID-19) : mise à jour sur l'éclosion*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html>. Page consultée le 12 mai 2021.

Gouvernement du Québec. 2016. *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées*. 2e édition. Sherbrooke, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

Gouvernement du Québec. 2021. *Devenez préposé en CHSLD*. <https://www.quebec.ca/education/devenir-prepose-chsld>. Page consultée le 13 mai 2021 (lien désactivé en date du 3 juillet 2022).

Gouvernement du Québec – ministère de la Famille. 2017. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*. Québec, ministère de la Famille/Secrétariat aux aînés. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5212-MSSS-17.pdf>. Page consultée le 26 mai 2021.

Gouvernement du Québec – ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. 2018. *Programme d'études – Assistance à la personne en établissement et à domicile (DEP 5358)*. Québec, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Secteur de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et secondaire. <http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/formation_professionnelle/Programme_APED_DEP-5358_WEB.pdf>. Page consultée le 20 mai 2021.

Gouvernement du Québec – ministère de la Santé et des Services sociaux. 2018. *Forum sur les meilleures pratiques : usagers, CHSLD et soutien à domicile, 14 et 15 mai*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/engagements-du-forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>. Page consultée le 19 mai 2021.

Gouvernement du Québec – ministère de la Santé et des Services sociaux. 2020. *COVID-19 : plan d'action pour une deuxième vague*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-257W.pdf>. Page consultée le 12 mai 2021.

Gouvernement du Québec – ministère de la Santé et des Services sociaux. 2021a. *Des milieux de vie qui nous ressemblent. Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>. Page consultée le 26 mai 2021.

Gouvernement du Québec – ministère de la Santé et des Services sociaux. 2021b. *L'organisation et ses engagements*. <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/mission-et-mandats>. Page consultée le 26 mai 2021.

Gouvernement du Québec – ministère de la Santé et des Services sociaux. 2021c. *Diffusion de l'information et protection des renseignements personnels. Décisions et documents transmis dans le cadre d'une demande d'accès – Demandes 2020-2021. Obtenir une copie de tout document qui me permettrait de connaître le montant investi dans le réseau de la santé et des services sociaux pour la main-d'œuvre indépendante [N/Réf. : 1847 00/2020-2021.648, 2020]*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/demande-2020-2021/>. Page consultée le 20 mai 2021.

Habjanic, Ana, Reetta Saarnio, Satu Ello, Dusanka Micetic Turk et Arja Isola. 2012. « Challenges for Institutional Elder Care in Slovenian Nursing Homes », *Journal of Clinical Nursing*, 21 : 2579-2589.

Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. 2021a. *Données COVID-19 au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>. Page consultée le 12 mai 2021.

INSPQ. 2021b. *Données COVID-19 par âge et sexe au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe>. Page consultée le 12 mai 2021.

INSPQ. 2021c. *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>. Page consultée le 12 mai 2021.

INSPQ. 2021d. *Revue rapide de la littérature scientifique : proportion de personnes asymptomatiques et potentiel de transmission de la COVID-19 par ces personnes*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2989-asymptomatiques-potentiel-transmission-covid19.pdf>. Page consultée le 19 mai 2021.

Légaré, Francine. 2020. *Rapport d'étape du Protecteur du citoyen. La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie : apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées*. Québec, Protecteur du citoyen. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/rapport-etape-premiere-vague-covid-19-chsld.pdf>. Page consultée le 11 mai 2021.

Lévesque, Fanny. 2020. « Formation de préposé aux bénéficiaires : déjà 42 000 inscriptions », *La Presse*, 2 juin. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-06-02/formation-de-prepose-aux-beneficiaires-deja-42-000-inscriptions>. Page consultée le 13 mai 2021.

Organisation des Nations unies. 2020. *L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées. Note de synthèse*. <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_french_0.pdf>. Page consultée le 11 mai 2021.

Pickens, Sabrina, John M. Halphen et Carmel B. Dyer. 2011. « Elder Mistreatment in the Long-Term Care Setting », *Annals of Long-Term Care and Aging*, 19, 8 : 30-35.

Protecteur du citoyen. 2017. *Rapport d'intervention au Centre d'hébergement et de soins de longue durée Herron*. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_d_intervention/centre-hebergement-herron.pdf>. Page consultée le 14 mai 2021.

Voyer, Philippe, Camille Savoie et France Lafrenière. 2020. *Le rôle du préposé aux bénéficiaires dans le continuum de soins de longue durée au Québec*. <https://www.arihq.com/wp-content/uploads/2020/10/2020-09-Voyer-et-al-Role-prepose-beneficiaire-SLD-final.pdf>. Page consultée le 27 mai 2021.

Yon, Yongjie, Maria Ramiro-Gonzalez, Christopher Mikton, Manfred Huber et Dinesh Sethi. 2018. « The Prevalence of Elder Abuse in Institutional Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis », *European Journal of Public Health*, 0, 0 : 1-10.

Yunus, Raudah Mohd, Noran Naqiah Hairi et Wan Yuen Choo. 2019. « Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies », *Trauma, Violence & Abuse*, 20, 2 : 197-213.

# Chronique d'un « mensonge »

## Déclarations gouvernementales sur l'« inutilité » du port du masque en « population générale » et réactions indignées du public

**GÉRALD GAGLIO**

Professeur des universités — Université Côte d'Azur, Groupe de recherche en droit, économie, gestion (GREDEG), UMR 7321

**CÉDRIC CALVIGNAC**

Maître de conférences en sociologie — Institut national universitaire Champollion, Centre d'étude et de recherche Travail, Organisation, Pouvoir (CERTOP)/Centre national de la recherche scientifique (CNRS), UMR 5044

**FRANCK COCHOY**

Professeur des universités, membre sénior de l'Institut universitaire de France — Université Toulouse-Jean-Jaurès, Laboratoire interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires (LISST)/Centre national de la recherche scientifique (CNRS), UMR 5193

—

## Introduction

Le 20 mars 2020, Sibeth N'Diaye, alors porte-parole du gouvernement français, déclare sur la chaîne d'information BFMTV :

> Vous savez quoi ? Je ne sais pas utiliser un masque. Je pourrais dire : « Je suis une ministre, je me mets un masque », mais en fait, je ne sais pas l'utiliser. Les masques ne sont pas nécessaires pour tout le monde. Parce que l'utilisation d'un masque, ce sont des gestes techniques précis, sinon on se gratte le nez sous le masque, on a du virus sur les mains; sinon on en a une utilisation qui n'est pas bonne, et ça peut même être contre-productif.

Largement reprise, souvent de manière tronquée, cette déclaration a suscité de vives critiques. Elle a cristallisé l'expression d'une défiance à l'égard d'un gouvernement perçu comme fautif dans sa capacité à doter la population de masques. Le raisonnement de la porte-parole est entièrement tourné vers la démonstration de l'utilité (toute) relative du masque pour les personnes en bonne santé, non exposées (par leur profession) au virus et placées en situation de confinement. Or, de la déclaration d'utilité relative (« les masques ne sont pas nécessaires *pour tout le monde* ») à l'affirmation d'une déclaration d'inutilité, il n'y a qu'un pas, que de nombreux citoyens et de nombreux commentateurs de l'actualité n'ont pas hésité à franchir.

Dans cet article, la polémique autour de la supposée inutilité des masques sanitaires, qualifiée fréquemment de « mensonge », sera examinée suivant deux approches. La première consistera en une analyse diachronique des interventions publiques exprimées au cours des mois de mars et d'avril 2020. Nous reviendrons sur les discours gouvernementaux au cours de cette période et replacerons l'intervention de Sibeth N'Diaye dans un ensemble plus large. Nous restituerons les principaux jalons de la parole publique sur l'efficacité sanitaire des masques en nous arrêtant sur des formulations marquantes et sur leurs corrélats scientifiques et techniques. Nous ne nous arrêterons cependant pas à l'étude de ces seuls « forums constituants » ou « officiels », considérant qu'ils ne sont en rien étanches aux dynamiques propres aux « forums officieux » (Collins et Pinch, 1982), composés d'acteurs non reconnus par les instances décisionnaires, notamment les usagers, les associations et certains corps intermédiaires. La seconde approche reviendra ainsi à analyser les réactions suscitées par la ligne discursive changeante du gouvernement. Pour ce faire, le contenu de 1239 témoignages écrits de citoyens recueillis au cours du premier confinement sera étudié.

Ces deux approches permettront de symétriser l'accusation de « mensonge » sur l'inutilité des masques « en population générale » relayée par nos enquêtés et l'évolution du discours gouvernemental sur la question. Les raisons de cette évolution, qui s'est traduite par des prises de position quasi opposées dans une temporalité courte (pas plus de deux mois), seront interrogées. En promouvant l'idée d'agencement technico-discursif, nous défendrons la thèse d'une réarticulation progressive du discours public en fonction des ressources matérielles et des ressources cognitives disponibles à un temps *t*. De manière complémentaire, nous analyserons la façon dont les doctrines et discours officiels sont perçus, en constatant combien la parole publique est,

de nos jours, fréquemment mise en doute, dans un contexte marqué par le « déclin des institutions » (Dubet, 2002), l'émergence de nouvelles conflictualités indépendantes des « corps intermédiaires » traditionnels (Souillard *et al.*, 2020), la prolifération des discours « ascendants » sur les réseaux sociaux (Richaud, 2017) et l'émergence d'une ère « post-véridique » en marge des savoirs officiels (Holzem, 2019). Dans ces conditions, les représentants publics voient leur crédibilité remise en cause, voire sont de plus en plus souvent suspectés de manipulation (Lascoumes et Bezes, 2009); un risque existe donc que la crise sanitaire se mue en crise démocratique.

## Méthodologie

Notre enquête s'appuie d'abord sur un travail documentaire visant à reconstituer la chronologie des événements, afin de revenir sur le contenu évolutif des messages adressés à la population par les représentants du gouvernement français. Nous avons, à cet effet, retranscrit et analysé dix points de presse faisant suite aux réunions hebdomadaires du Conseil des ministres au cours de la période allant du 29 février au 2 mai 2020, quatre discours et déclarations du premier ministre à l'adresse des Français, trois allocutions ou adresses aux Français de la part du président de la République, ainsi qu'un compte rendu du déplacement d'Emmanuel Macron à la maison de santé pluridisciplinaire de Pantin. Ces dix-huit sources permettent de dater et de documenter les changements de doctrines gouvernementaux quant à l'usage des masques et à l'opportunité d'en généraliser le port. Pour mieux comprendre cette évolution à la fois discursive et réglementaire, une revue de presse a également été conduite ainsi qu'une veille sur les communications et directives rendues par les sociétés savantes et organismes de santé français et internationaux.

En plus de ce travail documentaire, un mode de recueil de données original a été employé : l'appel à témoignages, une méthode couramment utilisée par la presse, mais également mobilisée par quelques sociologues, comme Jean-Claude Kaufmann (2016). Pour ce dernier, l'appel à témoignages a pour principal avantage de voir ses interlocuteurs « [n'avoir] aucune réticence à expliquer qui ils sont », ce qu'ils font, les raisons qui les conduisent à agir comme ils le font; ce qui permet d'« [obtenir] très vite nombre de récits très détaillés » (Kaufmann, 2016 : 51). L'appel à témoignages s'est imposé à nous pour recueillir des données à chaud alors que nous étions nous-mêmes confinés. Dans cet article, une analyse thématique a également été réalisée (autour du « mensonge »).

Notre réflexion repose sur l'analyse de 1239 témoignages recueillis entre avril et mai 2020 grâce à plusieurs appels diffusés dans la presse quotidienne régionale (*La Dépêche du Midi*, *La Montagne* et *Nice Matin*), dans nos réseaux personnels et dans des réseaux sociaux numériques. Ces appels à témoignages invitaient la population à rendre compte librement de leur expérience du masque, de l'approvisionnement en masques et de ses affres, de leur étonnement face à des faits observés ou lus à propos des masques. *Via* un lien, les témoins pouvaient écrire sur un support informatique auquel nous avions accès, afin de récupérer les propos puis de les classer.

## Une déclaration et son contexte d'énonciation : la succession de trois agencements technico-discursifs

Entre fin février et début mai 2020, la position gouvernementale sur l'utilité du port de masques « en population générale » a considérablement évolué. Plusieurs facteurs l'expliquent : l'avancée des savoirs sur les modes de transmission du virus, la disponibilité fluctuante de lots de masques sur le marché, la montée en régime de la production nationale de masques, la plus ou moins grande observance des gestes barrières par la population, mais aussi l'efficacité constatée des mesures de confinement. Les discours gouvernementaux ont donc évolué au gré de la réactualisation de ces savoirs et paramètres. De ce fait, l'évolution de la doctrine gouvernementale résulte de ce que nous qualifions, à la suite de Michel Callon (2013), de « réagencement technico-discursif » associant de façon étroite les données scientifiques et techniques de l'épidémie et les discours et arguments justifiant les décisions prises.

Dans cette partie, nous revenons sur le cours des événements et déclarations immédiatement antérieurs et postérieurs à l'intervention moquée du 20 mars 2020 de Sibeth N'Diaye. Commençons par le compte rendu de la réunion du Conseil des ministres du 29 février 2020. Celle-ci se tient au lendemain du passage au stade 2 du développement de l'épidémie sur le sol français. Les foyers de contamination sont en cours d'identification. Le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, explique qu'à ce stade, « personne n'a besoin de porter un masque si un médecin ne demande pas d'en porter ». Une position qu'il étaye lors de la réunion du Conseil des ministres du 4 mars 2020 :

> D'abord, je rappelle que le virus est très majoritairement transmis par le contact physique, c'est pourquoi j'avais déconseillé la poignée de main, la bise et [j'avais insisté sur l'utilité des] gestes barrières sur lesquels je

> reviendrai. […] Je le redis, il est fondamental que les personnes qui ne sont pas malades, qui ne correspondent pas aux critères retenus et qui ne se sont pas vu indiquer le port d'un masque n'aillent pas chercher des masques d'une manière ou d'une autre parce qu'ils sont importants pour celles et ceux qui en ont besoin. La Direction générale de la santé définit, avec les sociétés savantes, les règles précises d'utilisation des masques chirurgicaux. Je le redis, doivent être équipés les professionnels de santé qui exercent en établissement de soins, les professionnels de santé libéraux, les personnes contaminées et les personnes vulnérables. L'usage des masques en dehors de ces applications est inutile. J'en appelle à la responsabilité de chacun.

Le ministre insiste sur le fait que les décisions sont prises avec le concours et l'aval de « la Direction générale de la santé » et des « sociétés savantes[1] », dont la connaissance encore imparfaite des modes de transmission du virus porte à croire que celui-ci est le plus souvent manuporté, se transmet principalement par projection de grosses gouttelettes à travers la toux, l'éternuement ou les postillons[2], et que seules les personnes symptomatiques sont vectrices.

Le 11 mars 2020, Sibeth N'Diaye rappelle l'importance du respect de ces premières mesures sanitaires :

> Le mieux pour se protéger de la diffusion du virus, c'est de se laver les mains, c'est d'éviter d'embrasser les autres, c'est d'éviter de leur serrer la main. Ces gestes qui sont fondamentaux permettent d'éviter 80 % des transmissions qui se font par gouttelettes, et donc il est important que l'ensemble de la population française puisse se saisir de ces éléments-là, parce que nous avons aussi chacun, à titre individuel, un rôle à jouer pour limiter la propagation du virus sur le territoire national.

En somme, au sein d'un discours gouvernemental homogène durant cette période, Sibeth N'Diaye ne fait que relayer la position d'Olivier Véran, bien qu'elle se montre plus prudente, ne disant jamais que le masque serait « inutile ». Une semaine plus tard, la porte-parole précise :

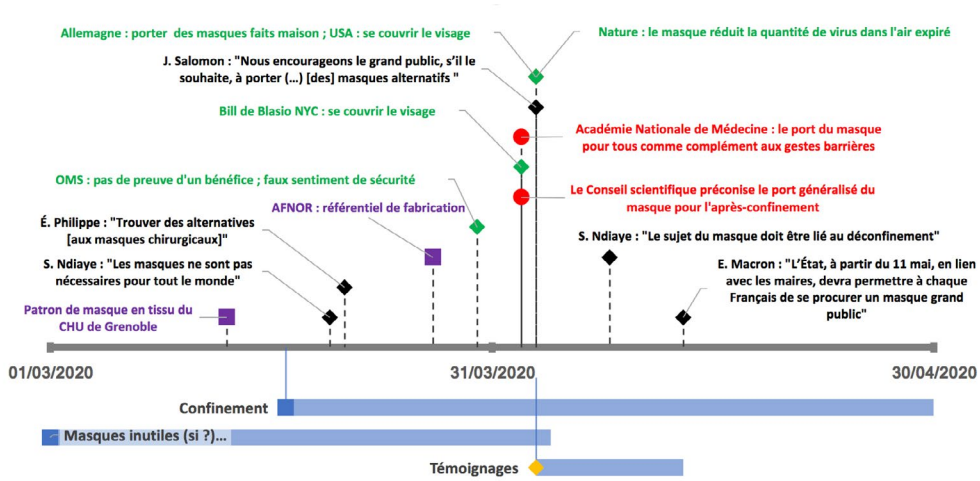
> Comme vous le savez, comme nous l'avons dit à de nombreuses reprises, le COVID-19 ne se transmet pas par voie aérienne. Autrement dit, le virus ne flotte pas dans l'air et ce n'est pas par cet intermédiaire-là qu'on peut être contaminé. On est principalement contaminé par gouttelettes, autrement dit par le fait […] qu'on tousse, qu'on éternue, qu'on

> postillonne éventuellement… c'est la raison pour laquelle les autorités sanitaires considèrent qu'il n'y a pas lieu de porter en continu et en population générale un masque de protection. Ces masques doivent être réservés en priorité à nos soignants.

Les déclarations gouvernementales se veulent donc justifiées scientifiquement. Cela étant, la science ne dispose à ce moment ni d'études concluantes sur la question de l'éventuelle transmission du virus par des personnes asymptomatiques, ni sur la possible aérosolisation du virus et ses conséquences. La doctrine gouvernementale est fondée sur la thèse de la transmission du virus par projection de grosses gouttelettes des seules personnes présentant des symptômes. Le gouvernement est également conforté par les prises de position de l'Organisation mondiale de la santé. Le 30 mars, l'OMS donne une conférence de presse pour réaffirmer sa position depuis le début de la pandémie : l'organisme ne recommande toujours pas au grand public de porter le masque[3]. Deux arguments fondent cette position : les masques feraient souvent l'objet de mésusage (thèse relayée par le gouvernement); porter un masque procurerait un faux sentiment de sécurité qui entraînerait un moindre respect des autres gestes barrières[4]. Ces arguments en défaveur du port de masques en population générale conviennent parfaitement au gouvernement français, qui dispose alors d'un stock limité, déjà incapable de satisfaire les besoins des seuls soignants. Néanmoins, nombre de journalistes et de personnalités scientifiques – comparant les doctrines hétérogènes de différents États dans le monde et l'efficacité des mesures de prévention prises – commencent à relayer publiquement interrogations et doutes.

**Figure 1**

**L'agencement technico-discursif des savoirs et des propositions sur les masques**




Lors des trois premiers jours d'avril, un tournant s'opère. Plusieurs événements scientifiques et politiques surviennent dans le monde et engendrent un changement de doctrine. Le 1er avril, les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC), qui font office d'autorité nationale de santé aux États-Unis, publient une étude qui met en évidence une transmission du virus par des personnes asymptomatiques et par la seule respiration, infirmant ainsi l'hypothèse retenue jusqu'alors d'une transmission par la toux des seuls malades avérés. Le lendemain, le maire de New York, Bill de Blasio, s'appuie sur cette étude pour demander aux habitants de sa ville de se couvrir le visage lorsqu'ils sortent de chez eux, que ce soit avec « une écharpe [ou] quelque chose qu['ils ont] fabriqué chez [eux], un bandana », en précisant toutefois : « [N]ous ne voulons pas que vous utilisiez les masques dont ont besoin les personnels d'urgence et les soignants. » Le même jour, en France, l'Académie nationale de médecine publie un avis qui indique que « [puisqu']il est établi que des personnes en période d'incubation ou en état de portage asymptomatique excrètent le virus et entretiennent la transmission de l'infection, [...] le port généralisé d'un masque par la population constituerait une addition logique aux mesures barrières actuellement en vigueur ». Le Conseil scientifique COVID-19 affirme également, le même jour, la nécessité de coupler déconfinement et généralisation du port du masque, faisant explicitement référence aux politiques préventives conduites en Asie :

> [L]e gouvernement devra s'assurer que les éléments d'une stratégie post-confinement seront opérationnels, incluant notamment [...] la disponibilité des protections matérielles comme les gels hydroalcooliques et les masques à l'usage des personnels soignants, des personnes en situation d'exposition au virus en priorité, puis à l'ensemble de la population, comme en Asie[5].

Cette nouvelle donne est aussitôt suivie par des prises de position similaires : dès le lendemain, le 3 avril, l'Institut allemand Robert Koch, établissement de référence en santé publique, encourage les citoyens germaniques à porter en public des masques faits maison, dans la mesure où ses experts estiment non prouvé mais plausible que ce type de masque limite la propagation du virus. Le même jour, trois autres faits notables surviennent : la prestigieuse revue scientifique *Nature* publie un article montrant que le port de masques chirurgicaux réduit la quantité de coronavirus dans l'air expiré par des malades (Leung *et al.*, 2020), plaidant implicitement pour la généralisation du dispositif; le président Donald Trump, auparavant opposé de manière démonstrative au port du masque, annonce que les autorités sanitaires conseillent désormais aux habitants de porter un masque en public; enfin, Jérôme Salomon, directeur général de la santé, entérine le changement de doctrine sur la scène française en déclarant : « Nous encourageons le grand public, s'il le souhaite, à porter [des] masques alternatifs qui sont en cours de production. »

La précédente doctrine gouvernementale ne tenant plus, les consignes sanitaires sont dès lors appelées à être révisées. Autrement dit, le premier « agencement technico-discursif » du gouvernement qui reposait sur un alignement de savoirs scientifiques incomplets et de capacités d'approvisionnement réduites en masques ne pouvait perdurer.

Un deuxième agencement technico-discursif se met alors en place. Il s'agit d'affirmer l'utilité des masques en population générale tout en étant incapable d'en fournir à tout le monde. Une telle configuration est plus difficile à assumer politiquement, l'action requise ne pouvant être immédiatement engagée. Le discours se porte ainsi sur la possibilité de recourir pour la population à des masques en tissu, alternatifs, et de confectionner éventuellement ces masques par soi-même à l'aide de patrons validés par les autorités sanitaires. Le discours des responsables publics souligne, au cours de cette période transitoire, que l'exécutif avait déjà pris les devants d'une part en livrant des masques non plus seulement aux soignants mais également aux personnes les

plus exposées, et d'autre part en encourageant précocement la production de modèles alternatifs aux masques chirurgicaux.

Sibeth N'Diaye relaie cette évolution à l'occasion d'un point presse faisant suite à la réunion du Conseil des ministres du 8 avril :

> Nous avons aussi souhaité que, pour ajouter un geste barrière supplémentaire en quelque sorte à ceux qui, aujourd'hui, dans la deuxième ligne de lutte contre le COVID-19, sont amenés à travailler, et qui, dans le cadre de leur travail, ont besoin, parce qu'ils sont en contact de manière occasionnelle ou régulière avec du public – je pense par exemple aux hôtes et hôtesses de caisse –, nous avons considéré qu'il pouvait être important de leur mettre à disposition des masques qui ne soient pas des masques dits « soignants », mais qui soient des masques qui donnent un bon niveau de protection, mais pas celui qu'on est en droit d'attendre dans un milieu hospitalier ou dans un établissement de santé. […] Nous avons aujourd'hui un certain nombre de voix scientifiques qui s'élèvent, par exemple aux États-Unis, par exemple en France par le biais de l'Académie de médecine, pour prôner le port du masque en population générale, qui est donc encore une troisième étape. Il est légitime de s'interroger, dans le cadre du déconfinement, sur la possibilité, l'intérêt sanitaire que pourrait avoir le port du masque général […]. Alors, bien sûr, le sujet du masque doit être lié au déconfinement. Quand on est en confinement, on a vocation à sortir le moins possible, et quand on sort, on a vocation aussi à appliquer les gestes qui nous permettent d'avoir ce mètre de protection, ces deux bras de distance avec la personne qui est à côté de nous pour vraiment freiner la propagation de cette épidémie […]. Donc la question des masques en population générale ne se pose pas de manière immédiate. Néanmoins, dans le cadre de la stratégie de déconfinement et du panel de mesures que nous serions amenés à mettre en œuvre, il est légitime de se poser la question, d'autant que des voix scientifiques s'élèvent en France comme ailleurs dans le monde pour indiquer qu'il serait utile d'utiliser le masque en population générale. Néanmoins, nous avons aussi d'autres voix scientifiques, et je pense en particulier à celle de l'OMS, qui ne recommandent pas en population générale le port du masque, ne considérant pas que ça peut être utile, d'autant plus lorsque cela conduit à un relâchement sur les autres gestes barrières.

Dans cette intervention, on distingue nettement la future ligne de conduite du gouvernement. N'Diaye rappellera que l'exécutif s'est conformé aux avis scientifiques, tout en attendant qu'un consensus se dégage dans le monde de la recherche pour réviser sa doctrine. Elle soutiendra également que le port du masque en population générale est conseillé, mais qu'en situation de confinement, il n'est pas indispensable. Il le deviendra lorsque le déconfinement aura lieu, soit le 11 mai 2020. Un troisième « agencement technico-discursif » se noue alors. Il est heureux cette fois, puisque les stocks seront reconstitués et que les commandes seront honorées, ce qui permettra d'aligner un discours de prudence et une capacité d'action ajustée avec la délivrance de masques pour tous. Telle est d'ailleurs la tonalité du discours présidentiel du 13 avril 2020 :

> Comme vous, j'ai vu des ratés, encore trop de lenteur, de procédures inutiles, des faiblesses aussi de notre logistique. Nous en tirerons toutes les conséquences, en temps voulu, quand il s'agira de nous réorganiser. [...] Nous déploierons ensuite tous les moyens nécessaires à la protection de la population. En complément des « gestes barrières » que vous connaissez bien et qu'il vous faudra continuer à appliquer, l'État, à partir du 11 mai, en lien avec les maires, devra permettre à chaque Français de se procurer un masque grand public. Pour les professions les plus exposées et pour certaines situations, comme dans les transports en commun, son usage pourra devenir systématique. Ce sera possible grâce à nos importations et grâce à la formidable mobilisation d'entrepreneurs et de salariés partout sur le territoire pour produire massivement ce type de masques.

Passée la date du 13 avril, les déclarations publiques des membres du gouvernement sont davantage empreintes de la volonté de défendre leur bilan sur les masques. À l'occasion d'une déclaration prononcée le 28 avril 2020, le premier ministre, suivant cette ligne de conduite, revient sur le déroulement des faits et déclare avoir scrupuleusement suivi les avis scientifiques :

> À partir du moment où nous ne serons plus en situation de confinement, où les occasions de contacts augmenteront à nouveau, le respect des gestes barrières et des mesures de distanciation physique prendra encore plus d'importance. [...] À cela, il conviendra d'ajouter, et je dis bien d'ajouter, le port du masque dans certaines situations. Et je souhaite revenir précisément sur ce sujet. Car cette question des

> masques a suscité l'incompréhension et la colère de nombreux Français. Pourquoi n'y en avait-il pas pour tout le monde ? Fallait-il en porter ? Où les trouver ? [...] Les scientifiques ont eux-mêmes évolué. Au début, beaucoup nous disaient que le port du masque en population générale n'était pas nécessaire, que le risque du mauvais usage était supérieur aux avantages espérés. Et nous l'avons donc répété, je l'ai dit. [...] Ils nous disent aujourd'hui, parfois les mêmes, qu'il est préférable, dans de nombreuses circonstances, de porter un masque plutôt que de ne pas en porter. Il me revient donc de le dire, et de faire en sorte que cela soit possible [...]. [L]es recommandations scientifiques ont évolué, et après tout, sans doute est-ce normal face à un virus inconnu. Cette crise sanitaire renvoie décidément tout le monde à un devoir d'humilité.

Trois agencements technico-discursifs – réajustés en fonction de l'état des savoirs sur la pandémie et des ressources disponibles pour la combattre – se sont donc succédé dans le temps. De la fin février au 2 avril 2020, la doctrine *transmission-grosses gouttelettes-symptomatiques-pénurie-priorité aux soignants* s'est d'abord imposée. Puis, du 2 avril au 11 mai, la doctrine *transmission-grosses gouttelettes-asymptomatiques+aérosolisation-élargissement-progressif-des-porteurs* a remplacé la première. Au cours de cette seconde période transitoire, le gouvernement infléchit son discours puisqu'il suggère aux « particuliers » de « se confectionner eux-mêmes des masques, dans les conditions recommandées par l'AFNOR et l'ANSM[6] » (Édouard Philippe, 28 avril 2020), alors que se fabriquer et utiliser des masques « faits maison » était auparavant déconseillé. Enfin, on assiste à un nouveau renversement de doctrine justifié par l'avancement des savoirs et la suspension du confinement.

## Réactions des témoins aux discours et positions du gouvernement

Comment nos témoins ont-ils reçu ces prises de position successives du gouvernement français ? Ce qui domine dans nos témoignages, c'est la dénonciation d'un « mensonge ». Une grande part de nos témoins s'insurgent contre le changement d'avis du gouvernement, qu'ils interprètent souvent comme une dissimulation volontaire des faits au détriment des citoyens. Trois arguments soutiennent cette dénonciation. Le premier est purement rhétorique et prend quasiment la forme d'un syllogisme : le gouvernement a dit que les masques étaient inutiles; il a dit ensuite qu'ils étaient utiles; donc le gouvernement a menti. Ce raisonnement prouverait l'existence du « mensonge » :

> Ce qui me révulse le plus, c'est le « mensonge » de l'État. Dire d'abord que le port du masque n'est pas utile, pour apprendre par la suite qu'il est vivement recommandé. (Laetitia, 29 ans, journaliste, Haute-Loire)

Le deuxième argument est lié à l'efficacité sanitaire du masque, considérée comme avérée au moment où les témoins s'expriment, sur fond d'assertions logiques. Il devient alors impensable, voire condamnable, *a posteriori*, d'avoir défendu l'inutilité du masque :

> J'en veux terriblement aux autorités de nous avoir menti. Oser nous dire que le port du masque n'était pas nécessaire lorsqu'on n'était pas atteint du COVID, alors que : — les soignants en portent (même des FFP[7]1) alors qu'ils ne sont pas porteurs; — qu'une proportion non négligeable de la population est asymptomatique (mais peut donc transmettre le virus) et que le masque réduit donc les émissions de ces derniers. (Stéphane, 49 ans, agent immobilier Alpes-Maritimes)

À ces arguments s'ajoutent des réactions qui font écho aux suites de la catastrophe nucléaire de Tchernobyl, à un double titre. Le premier écho concerne l'évocation d'autres pays où le port du masque a eu des effets positifs pour endiguer la pandémie, en particulier sur le continent asiatique, où cette pratique est très répandue. Ce qui est présenté comme la position des autorités françaises au début de la pandémie est alors, encore une fois, délégitimé :

> Pour moi, c'était hallucinant d'entendre que cela ne servait à rien; aucune réaction autour de moi, avec juste un avis défavorable d'un ami qui, selon lui, si on respecte les distances, il n'y aurait aucun problème. J'ai argumenté : la Corée, la Thaïlande, moins de cas chez eux, et ils portent tous le masque. (Marie, 58 ans, assistante dentaire, Loiret)

De même que le nuage de Tchernobyl ne s'est pas arrêté aux frontières nationales, l'information selon laquelle l'usage systématique du masque a été retenu dans d'autres pays avec des effets probables sur la circulation virale a débordé l'espace discursif circonscrit par la communication officielle. Ce qui s'observait « ailleurs » est ainsi venu décrédibiliser ce qui était dit « ici », les citoyens s'informant par eux-mêmes.

Le deuxième écho à la catastrophe ukrainienne est le sentiment d'être abandonné, d'être laissé « tout nu » face au virus, (toute proportion gardée)

comme les « liquidateurs » envoyés pour circonscrire l'incendie de la centrale nucléaire au prix d'une mort certaine :

> Qu'on nous donne enfin la marche à suivre pour en acquérir [des masques]. [...] Lorsque je vais faire des courses tout seul, pas de masque, et dans l'enseigne, certains clients en ont, d'autres non, mais les caissières oui ! [...] Que ce gouvernement réagisse enfin et cesse de nous mentir ! (Louis, 70 ans, retraité, Alpes-Maritimes)

En outre, dans ce contexte où une position présentée comme univoque (le masque serait inutile pour les citoyens ordinaires) s'est révélée fausse, certains tentent néanmoins de comprendre pourquoi, malgré tout, elle a été défendue. L'élément majeur est la pénurie de masques, patente au moment de la diffusion de notre appel à témoignages (début avril 2020). Un lien de cause à effet est mis en exergue : c'est parce qu'il y avait pénurie de masques que son inefficacité sanitaire, pour le grand public, a été avancée :

> Pour ce nouveau virus, on nous a soufflé des recommandations parfois contradictoires avec le sentiment que celles-ci étaient plus liées à une gestion de stock qu'à une réelle recherche scientifique quant à l'usage de tel ou tel équipement. (Fabien, 30 ans, manipulateur radio, centre hospitalier, Wavrin)

La pénurie serait la clé explicative du « mensonge ». Elle préoccupe de surcroît les témoins, amenant nombre d'entre eux à déclarer ne pas avoir voulu se procurer de masques au début de la pandémie au motif qu'ils devaient être réservés aux soignants. Une sorte de civisme sanitaire a émergé. Un argument plus politique de réassurance de la population s'ajoute à cela, avec une volonté supposée de ne pas accentuer l'affolement dans des circonstances déjà angoissantes. Ces propos le montrent :

> Ces discours donnent l'impression que pour « ne pas affoler la population », il est préférable de dénigrer les masques plutôt que de reconnaître que nous en manquons : nous savons que la livraison de masques en France est prévue pour... fin avril ! ! ! (Laurence, 45 ans, enseignante, Haute-Garonne)

Plusieurs témoins de notre corpus indiquent en outre le discours qu'ils auraient été en droit, en tant que citoyens éclairés, d'attendre des autorités. C'est un discours de vérité, pédagogique mais franc, qui, selon eux et après coup, a manqué :

> J'aurais compris qu'on nous dise : idéalement, il faut des masques pour tout le monde, mais nos stocks ne permettent même pas d'en fournir à tous les soignants. Je l'aurais accepté et j'aurais apprécié cet aveu. J'aurais pu remettre à plus tard la recherche de responsabilités. (Stéphane, 49 ans, agent immobilier, Alpes-Maritimes)

On trouve aussi des appels au « *bon sens* » pour défendre les masques artisanaux, faits maison et en tissu, en dépit d'incertitudes concernant leur conformité aux normes de sécurité et leur capacité protectrice. Pour plusieurs témoins, ce type de masques bricolés aurait mérité d'être promu par les autorités, dès le début de la crise, compte tenu de la quasi-absence des autres masques (modèles chirurgicaux FFP1 et FFP2), sous couvert du credo récurrent du « c'est toujours mieux que rien », qui signale une morale tournée vers l'action.

Parler de « mensonge », c'est estimer que le changement de doctrine est motivé par des préoccupations politiciennes et ne relève pas d'une adaptation (légitime) au contexte. Il en résulte une qualification des faits en termes de défaillance, de manifestation d'incompétence, d'irresponsabilité, d'infantilisation. Le registre de l'accusation et de la dénonciation s'impose. N'envisageant que les écarts, voire les contradictions, entre les recommandations d'hier et d'aujourd'hui, les témoins critiquent l'action publique sans toutefois s'interroger sur le volume, la qualité et la fiabilité des informations disponibles au moment de la prise de décision. Ils jugent les déclarations d'hier à la lumière des connaissances aujourd'hui établies – un travers que les psychologues nomment biais rétrospectif ou « *hindsight bias* » (Fischhoff, 2007). Relevons combien le vécu collectif de crise consiste ici à sélectionner deux tranches temporelles et à ne les relier que par les discours dissonants d'une même entité (« le gouvernement »), sans chercher à établir une quelconque continuité entre ces prises de position successives. En d'autres termes, un présent perpétuel s'impose – François Hartog parle de « présentisme[8] » (2003) –, et le passé (proche) n'est mobilisé qu'au détriment des décideurs. Les témoins font donc fi de l'instabilité propre aux agencements technico-discursifs retenus en situation par les gouvernants. Ils affirment que les membres du gouvernement auraient pu mieux anticiper et gérer la situation s'ils avaient fait preuve de davantage de prévoyance ou de clairvoyance.

Pour poursuivre, soulignons que le discours gouvernemental au sujet des masques s'est articulé puis réarticulé à d'autres acteurs, et partant à d'autres

discours, ainsi qu'à des paramètres (en ce qui a trait aux savoirs et aux moyens matériels) évolutifs : l'orientation quant à la position à tenir a par conséquent changé. En effet, la déclaration d'inutilité des masques pour la « population générale » relaie la position de plusieurs instances, qui s'ajuste d'autant mieux au discours gouvernemental que le stock de masques disponibles est insuffisant.

Le discours politique s'est efforcé de faire tenir ensemble – ou mieux, d'agencer, au double sens d'articuler et de mettre en mouvement (Callon, 2013) – technique et éléments de langage. Face à une pénurie mal anticipée de masques, l'essentiel des propos tenus par le gouvernement, et relayés dans l'espace public par les médias traditionnels (presse, radio, télévision), a consisté à ne pas aggraver la situation en gérant au mieux les rares ressources disponibles. Il est crédible de penser que le gouvernement a fondé son discours initial sur les premières recommandations de l'OMS, de Santé publique France et du Conseil scientifique COVID-19, qui considéraient « indispensable d'assurer en priorité l'approvisionnement [des soignants] en équipement de matériel de protection personnel ». Selon toute vraisemblance, les autorités ont essayé de réfréner la demande de masques en allouant en priorité la ressource aux soignants grâce à la promotion d'un agencement plus global adossé à des formules du type « les masques ne sont pas nécessaires pour le grand public *si* » : si vous restez chez vous, si vous respectez les gestes barrières, si vous vous lavez fréquemment les mains, etc.

On le voit, l'agencement des discours et des faits relève d'un équilibrisme délicat, et est pour cette raison très exposé à la critique, qu'elle s'exprime dans la presse, dans la classe politique, ou dans nos témoignages. La critique profane (Boltanski, 1990; Blic et Lemieux, 2005) a consisté à rabattre sous l'appellation accusatoire de « mensonge » l'agencement technico-discursif mouvant et fragile à travers lequel les autorités ont tenté de réarticuler au fil des jours les avancées scientifiques, les décisions de leurs homologues étrangers et la disponibilité des masques.

Si l'agencement technico-discursif est, en principe, une manière de reconfigurer continûment les moyens et les messages en fonction des connaissances scientifiques et des ressources matérielles disponibles, la mémoire publique des états successifs de cet agencement dans un temps réduit débouche sur un constat d'incohérence. L'oubli rapide des conditions qui ont présidé aux prises de position initiales au profit de la situation présente finit par produire

de l'incompréhension, de la défiance et de la colère, et amène finalement les personnes à reconsidérer l'agencement comme étant un mensonge. Significativement, une étude menée les 8 mars et 9 avril 2020 auprès d'un millier de Français par Odoxa avec Dentsu Consulting pour *Le Figaro* et *FranceInfo* offrait une traduction quantitative des observations formulées par nombre de nos témoins : 76 % des personnes interrogées estimaient que le gouvernement leur avait menti sur les masques « en les dissuadant d'en porter parce qu'il n'y en avait pas suffisamment pour les soignants », et 76 % à 77 % des répondants jugeaient l'attitude du gouvernement concernant ses recommandations à propos du masque ni « cohérente », ni « claire ».

## Conclusion

Une approche symétrique a permis d'étudier la polémique relative à la généralisation du port du masque. Grâce à l'analyse des prises de parole des autorités, nous avons établi trois séquences, précisément datées, reposant sur trois agencements technico-discursifs qui entremêlent savoirs scientifiques, considérations techniques et rhétorique gouvernementale. Du début de l'épidémie jusqu'aux premiers jours d'avril, le port du masque « en population générale » est présenté comme non nécessaire, voire contre-productif face à un virus dont on pense alors qu'il se transmet *via* les seules personnes symptomatiques et par l'émission de grosses gouttelettes, ce qui peut justifier alors l'usage des seuls « gestes barrières ». En découle une politique de distribution restrictive des masques, ajustée aux préconisations des autorités sanitaires. Viennent ensuite des avis scientifiques qui vont changer la donne et inviter les gouvernants à réviser leur doctrine. La confirmation d'une transmission du virus par des individus asymptomatiques et par simple aérosolisation au sein d'espaces confinés amène à étudier les conditions de faisabilité d'une généralisation du port du masque. Au cours de ce deuxième temps qui s'achèvera au moment du déconfinement, le gouvernement considère de nouvelles options : l'encouragement à confectionner par soi-même des masques de protection artisanaux, une distribution plus ouverte des masques commandés par l'État. La troisième et dernière séquence est celle d'un réalignement des moyens et des fins : le réapprovisionnement en masques permet de satisfaire aux besoins de tous les Français; les savoirs scientifiques se consolident et légitiment la généralisation du port du masque; le déconfinement amène à rendre obligatoire le port du masque pour tous.

Ces trois temporalités, ici distinguées, ne le sont pas pour la plupart de nos témoins, qui les ramènent à une même unité de temps et d'action, au risque de les réduire à l'expression d'un changement de pied condamnable et suspect – un mensonge. Ils sont nombreux à adopter une démarche critique dénonçant des pratiques gouvernementales jugées dissimulatrices. Il faut, à notre sens et pour bien comprendre le déroulement des faits, revenir à l'appréciation originelle qui a précipité le gouvernement dans un enchaînement de difficultés insurmontables : celle d'avoir consenti au maintien d'une politique décentralisatrice (mise en œuvre en 2013) déléguant la constitution et le réapprovisionnement des stocks d'équipements de protection aux établissements médicaux, aux établissements médico-sociaux et aux professionnels du secteur libéral; celle d'avoir également trop compté sur les capacités du marché à jouer le jeu d'un approvisionnement en flux tendu (modèle du juste-à-temps) sur fond de pandémie mondiale et de confinement des pays producteurs. Les témoins sont finalement peu nombreux à relever ce piège qui s'est refermé sur les gouvernements européens et mondiaux. Ils insistent plutôt sur la volte-face gouvernementale et s'indignent face à ce qu'ils estiment être un manque de cohérence : changer d'avis n'est pas toléré, surtout quand une position tenue puis révisée s'est révélée fausse, voire dangereuse. Dans un contexte anxiogène, ce revirement apparaît, aux yeux de nombreux témoins, comme de l'incompétence, au mieux. Notre posture, proche de la sociologie « de la critique » de Luc Boltanski (1990) qui reconnaît les capacités discursives des acteurs et renonce à mêler la voix des sociologues à celle des acteurs, a consisté à refuser toute approche normative et à présenter les termes de la polémique de façon symétrique, sans donner raison aux uns (les témoins) s'agissant de l'existence réelle d'un mensonge, ni dédouaner les autres (l'exécutif) de maladresses et de changements de cap dans une période chahutée. Nous avons au contraire associé une approche symétrique à un point de vue compréhensif, qui revient à mettre en perspective les positions défendues par les protagonistes, mais aussi des connaissances scientifiques qui progressent et des moyens matériels (masques) qui augmentent.

—

## Bibliographie

Blic, Damien de et Cyril Lemieux. 2005. « Le scandale comme épreuve : éléments de sociologie pragmatique », *Politix*, 71 : 9-38.

Boltanski, Luc. 1990. « Sociologie critique ou sociologie de la critique », *Politix*, 10-11 : 124-134.

Callon, Michel. 1981. « Pour une sociologie des controverses technologiques », *Fundamenta Scientiae*, 2 : 381-399.

Callon, Michel. 2013. « Qu'est-ce qu'un agencement marchand ? », dans Michel Callon, Madeleine Akrich, Sophie Dubuisson-Quellier, Catherine Grandclément, Antoine Hennion, Bruno Latour, Alexandre Mallard, Cécile Méadel, Fabian Muniesa et Vololona Rabeharisoa (dir.). *Sociologie des agencements marchands*. Paris, Presses des Mines : 325-440.

Callon, Michel, Pierre Lascoumes et Yannick Barthe. 2001. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris, Seuil.

Collins, Harry et Trevor Pinch. 1982. *Frames of Meaning: The Social Construction of Extraordinary Science*. London, Routledge.

Dubet, François. 2002. *Le déclin de l'institution*. Paris, Seuil.

Fischhoff, Baruch. 2007. « An Early History of Hindsight Research », *Social Cognition*, 25, 1 : 10-13.

Hartog, François. 2003. *Régimes d'historicité, présentisme et expériences du temps*. Paris, Seuil.

Holzem, Maryvonne. 2019. *Les sciences contre la post-vérité*. Paris, Éditions du Croquant.

Kaufmann, Jean-Claude. 2016. *L'entretien compréhensif*. 4e édition. Paris, Armand Colin.

Lascoumes, Pierre et Philippe Bezes. 2009. « Les formes de jugement du politique. Principes moraux, principes d'action et registre légal », *L'Année sociologique*, 59, 1 : 109-147.

Leung, Nancy, Daniel K. W. Chu, Eunice Y. C. Shiu, Kwok-Hung Chan, James J. McDevitt, Benien J. P. Hau, Hui-Ling Yen, Yuguo Li, Dennis K. M. Ip, J. S. Malik Peiris, Wing-Hong Seto, Gabriel M. Leung, Donald K. Milton et Benjamin J. Cowling. 2020. « Respiratory Virus Shedding in Exhaled Breath and Efficacy of Face Masks », *Nature Medecine*, 26 : 676-680.

Richaud, Coralie. 2017. « Les réseaux sociaux : nouveaux espaces de contestation et de reconstruction de la politique ? », *Les Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel*, 57 : 29-44.

Souillard, Natacha, Brigitte Sebbah, Lucie Loubère, Laurent Thiong-Kay et Nikos Smyrnaios. 2020. « Les Gilets jaunes, étude d'un mouvement social au prisme de ses arènes médiatiques », *Terminal*, 127. <http://journals.openedition.org/terminal/5671>. Page consultée le 14 décembre 2021.

## Notes

1 Différentes sociétés savantes ont été invitées par la Direction générale de la santé à rendre leur avis sur la juste répartition et le bon emploi des masques. Parmi elles, on compte notamment l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Santé publique France, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H), parfois associée à la Société Française des Sciences de la Stérilisation (SF2S), le Conseil scientifique COVID-19 et l'Académie nationale de médecine.

2 La thèse de la transmission par aérosols n'a fait consensus qu'en juillet 2020, lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a relayé cette position. Pour un point de vue vulgarisé sur la question, voir : <https://theconversation.com/covid-19-la-diffusion-par-aerosol-une-menace-plus-grande-que-loms-ne-le-supposait-142592> (page consultée le 1er mars 2022). De plus, le terme « gouttelette » prête à confusion, car les aérosols en contiennent aussi de très petites, dans l'air. Il semble ainsi préférable de parler de « grosses »

gouttelettes, par opposition aux aérosols, pour mieux différencier les modes de transmission, ce qui a été fait dans le texte. De plus, notre interprétation est qu'insister sur la transmission par (grosses) gouttelettes peut aller de pair avec la considération selon laquelle les gestes barrières suffisent (au détriment du port du masque) pour ne pas être contaminé.

3 Santé publique France confirme et appuie cette recommandation de l'OMS. Les auteurs de l'avis rendu le 5 mai 2020 indiquent que la thèse selon laquelle « le port systématique de masques dans l'espace public [réduirait] la transmission du virus SARS-CoV-2 est discutée ». Ils précisent que « des études montrent une réduction modérée cependant non significative des infections respiratoires par le port de masque en communauté ». Enfin, ils reprennent la position initiale de l'OMS en affirmant que « l'utilisation de masques pourrait entraîner un sentiment de fausse sécurité et donc de relâchement des mesures barrières et de distanciation ». Ils regrettent pour finir « l'absence d'estimation de l'efficacité épidémiologique de l'utilisation du masque en communauté » et disent ne disposer d'aucun élément « sur l'efficacité des masques alternatifs par rapport à l'absence d'utilisation de masques ».

4 Voir : *Should You Wear a Face Mask ? WHO Officials Weigh in at Today's COVID-19 Briefing*. <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/who-should-wear-a-face-mask-30-march-who-briefing/>. Page consultée le 1er mars 2022.

5 Conseil scientifique COVID-19, Avis du 2 avril 2020 – « État des lieux du confinement et critères de sortie ».

6 Association Française de Normalisation (AFNOR) et Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

7 *Filtering Face Piece*, « pièce faciale filtrante », en français.

8 Le « présentisme » est le régime temporel de référence des sociétés occidentales contemporaines selon cet historien. D'après lui, le présent serait le seul horizon, au détriment d'une capacité de projection dans le futur et de références au passé.

# La crise de la COVID-19 dans les urnes

## Une analyse multiniveau des effets de la crise sanitaire sur la participation électorale aux élections municipales françaises de 2020

**JULIEN AUDEMARD**

Docteur en science politique, chercheur postdoctorant — Centre national de la recherche scientifique (CNRS)/Centre d'études politiques et sociales – Environnement, Santé, Territoires (CEPEL), UMR 5112

**DAVID GOUARD**

Maître de conférences en science politique — Université Toulouse-Jean-Jaurès (IUT Figeac), Centre d'étude et de recherche Travail, Organisation, Pouvoir (CERTOP), UMR 5044

—

Le début de l'année 2020 a été marqué par la diffusion rapide de l'épidémie de COVID-19 à l'échelle planétaire. Malgré les nombreuses incertitudes sanitaires qui perturbent alors fortement la campagne, le gouvernement français décide de maintenir le premier tour des élections municipales le 15 mars. À l'issue de ce premier tour, le taux de participation s'élevait à 44,7 %, soit 18,8 points de moins que lors du premier tour des élections municipales précédentes en 2014, qui affichaient déjà un minimum historique pour ce type de scrutin (63,5 %).

Si ce taux historiquement bas apparaît avec évidence comme la conséquence directe du contexte pandémique, on peut toutefois s'interroger sur les mécanismes qui sous-tendent cette relation. Les réponses apportées par les études réalisées jusqu'ici nous semblent insatisfaisantes en ceci qu'elles révèlent une double ambiguïté. Premièrement, elles s'accordent assez mal sur les liens entre intensité de l'épidémie et progression de l'abstention à l'échelle locale. Deuxièmement, elles présentent des résultats contradictoires en ce qui concerne la variabilité de l'effet démobilisateur de l'épidémie selon les caractéristiques de la population.

Le questionnement principal qui anime cet article ne porte donc pas tant sur l'existence ou non d'un effet de la crise sanitaire sur la participation au premier tour des élections municipales françaises de 2020 que sur les logiques qui expliquent et accompagnent cet effet. La progression de l'abstention a-t-elle été dépendante du degré d'intensité de l'épidémie? Dans quelle mesure le contexte pandémique a-t-il renforcé ou, au contraire, nuancé les logiques explicatives habituelles de la participation électorale?

Afin de répondre à ces questions, nous avons choisi de resituer le contexte spécifique du premier tour des élections municipales de mars 2020 en France dans le temps long. Pour cela, nous nous appuyons sur une analyse longitudinale de l'évolution de la participation électorale au cours de l'ensemble des premiers tours des élections municipales depuis 2001 pour un échantillon de 2 564 communes de la France métropolitaine.

## Contexte épidémique et participation électorale : une revue de la littérature

À de rares exceptions près, dans tous les pays du monde, les élections qui se sont tenues dans le contexte de la pandémie ont vu leur taux de participation décroître en comparaison des scrutins précédents. La plupart des travaux s'accordent pour dire que les territoires les plus touchés par la pandémie sont ceux où la progression de l'abstention a été la plus importante (Santana, Rama et Casal Bértoa, 2020). Pour expliquer ce résultat, plusieurs travaux se sont notamment inspirés du modèle de l'électeur rationnel : le contexte épidémique aurait ainsi poussé à l'abstention en augmentant le coût du déplacement aux urnes, associé ici à un risque accru de contracter la maladie (Santana, Rama et Casal Bértoa, 2020; Noury *et al.*, 2021).

En s'appuyant sur les données d'un sondage national français, Dolez (2020) constate ainsi que l'épidémie de COVID-19 est le principal facteur d'abstention invoqué par les personnes interrogées, constat partagé par Haute (2020) et Haute *et al*. (2021), qui s'appuient quant à eux sur une enquête réalisée auprès d'un échantillon d'électeurs de la métropole lilloise. Bien que les données déclaratives en matière de participation électorale méritent d'être interprétées avec une grande prudence, ces enquêtes tendent à confirmer l'hypothèse de la crainte de la contamination comme principal facteur d'abstention en France.

Cette crainte est-elle pour autant liée à l'intensité objective de l'épidémie à l'échelle locale? Brouard et McAvay (2020), à partir d'une analyse multiniveau, concluent que l'intensité de l'épidémie à l'échelle départementale explique les taux d'abstention enregistrés au premier tour au sein des communes françaises de plus de 1000 habitants. Noury *et al*. (2021), à partir de données agrégées, aboutissent aux mêmes résultats et identifient également un effet positif de la distance par rapport aux différents foyers épidémiques : l'abstention lors du premier tour des municipales de 2020 aurait été plus forte au sein des communes les plus proches de ces foyers. Enfin, Guerra (2021), qui utilise les données de l'enquête en ligne sur « La vie en confinement », réalisée auprès de plus de 16 000 Français âgés de 18 ans et plus, conclut également à un effet négatif sur la participation de l'excès de mortalité observé à l'échelle départementale.

Plusieurs arguments laissent cependant penser que ce n'est pas le cas. L'étude menée par Le Bras (2020) à partir de résultats de sondages préélectoraux réalisés dans neuf grandes villes françaises montre qu'on ne peut pas faire de lien entre l'abstention et l'importance du risque de contamination encouru. Une autre étude, menée par Zeitoun *et al*. (2020), conclut elle aussi à l'absence de corrélation entre la progression de l'abstention et l'intensité de l'épidémie au sein des municipalités. Selon les auteurs, qui procèdent à partir d'une analyse agrégée à l'échelle des départements français, les écarts d'abstention entre 2014 et 2020 ne sont pas supérieurs dans les communes des départements les plus touchés par la maladie.

Ces résultats sont d'autant plus convaincants que, lors du premier tour de ces élections municipales de mars 2020, l'abstention progresse de façon importante alors que le contexte épidémique est encore loin d'avoir atteint une haute intensité. Les foyers épidémiques identifiés alors sont limités en nombre et, exception faite de la situation dans l'Oise, ne concernent que peu de cas avérés. Au cours de la semaine précédant l'élection, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) n'observe aucun excès de mortalité dans 87 départements, un excès modéré pour seulement huit d'entre eux (Alpes-de-Haute-Provence, Jura, Oise, Bas-Rhin, Haute-Savoie, Somme, Var et Vosges), et un excès élevé uniquement pour le Haut-Rhin.

Comme pour les décès, en mars 2020, la pression qui s'exerce sur les services hospitaliers départementaux est d'intensité très inégale. Une fois encore, les départements les plus touchés se trouvent essentiellement dans l'est

du pays – avec quelques exceptions, comme le Morbihan, département où les suspicions de contaminations à la COVID-19 représentent près de 12 % des passages aux urgences. Il s'agit aussi pour la plupart de départements densément peuplés (Levratto, Amdaoud et Arcuri, 2020).

Au-delà de ces éléments, d'autres arguments indiquent que la crise sanitaire a pu avoir des effets sur la mobilisation indépendamment de l'intensité de l'épidémie à l'échelle locale. Le contexte épidémique aurait ainsi joué sur la confiance des individus envers les gouvernants. Plusieurs travaux observent que la pandémie et les mesures de confinement auraient entraîné un regain de confiance envers les institutions et les gouvernements (Bækgaard *et al.*, 2020; Bol *et al.*, 2020).

L'épidémie a également pu perturber la campagne électorale, dont l'intensité est traditionnellement reconnue comme un facteur de mobilisation (Holbrook et Weinschenk, 2014). On peut considérer de ce point de vue que le contexte épidémique a pu contribuer à dépolitiser la campagne, conduisant à décourager les électeurs des forces d'opposition de se rendre aux urnes. Certaines études (Giommoni et Loumeau, 2020; Martin, 2020) ont en effet montré qu'à un taux plus élevé qu'habituellement, une nette majorité des équipes municipales ont été reconduites à l'issue du premier tour des élections françaises de 2020. L'épidémie a pu par ailleurs réduire la médiatisation de la campagne électorale (Martin, 2020) en mobilisant les principaux responsables politiques et en occupant une place proéminente dans le traitement médiatique de l'actualité (Bayet et Hervé, 2020).

Enfin, à partir d'une étude prospective menée auprès d'électeurs de la ville de Lagos (Nigéria), Nwankwo (2021) montre que la diminution des interactions – dont on connaît depuis longtemps l'effet mobilisateur en période d'élection (Lazarsfeld, Berelson et Gaudet, 1944; Braconnier et Dormagen, 2007) – induite par les mesures visant à restreindre les déplacements a pu elle aussi décourager les électeurs à se rendre aux urnes.

Au regard de ces éléments, et dans le but d'évaluer les liens entre l'épidémie et l'ampleur de la démobilisation lors du premier tour des dernières élections municipales en France, nous proposons l'hypothèse suivante :

> *Hypothèse 1. L'intensité de l'épidémie affecte positivement la progression de l'abstention : celle-ci est plus marquée dans les territoires les plus touchés par l'épidémie.*

Quels sont les effets de l'épidémie sur la structure du corps électoral qui s'est mobilisé lors de ces élections? À ce sujet, les études existantes suggèrent que l'épidémie a pu provoquer des effets contradictoires, réduisant la mobilisation chez toutes les catégories d'électeurs, quelle que soit leur propension participationniste. Les données de sondages nationaux (Dolez, 2020; Martin, 2020) comme locaux (Haute, 2020; Haute *et al.*, 2021) montrent que les écarts de participation entre 2014 et 2020 sont particulièrement élevés chez les plus de 65 ans. L'effet démobilisateur de l'épidémie aurait donc été particulièrement prégnant pour cette catégorie d'électeurs traditionnellement plus participative (Braconnier, Coulmont et Dormagen, 2017), mais aussi plus exposée aux formes les plus graves de la maladie (Bonanad *et al.*, 2020). Les analyses agrégées à l'échelle des départements français vont également dans ce sens (Brouard et McAvay, 2020; Rivière, 2020; Noury *et al.*, 2021).

Dolez (2020) estime par ailleurs que le contexte épidémique aurait minimisé l'impact des déterminants sociaux sur la participation : les écarts entre catégories sociales ou entre catégories de diplôme auraient été « arasés » par la baisse générale de la participation. C'est un point de vue opposé que défendent Haute (2020) et Haute *et al.* (2021) : selon eux, si le contexte épidémique n'a pas modifié le sens des relations généralement observées entre variables sociodémographiques et abstention, il les a en revanche intensifiées. Les résultats de ces travaux conduisent donc à penser que l'épidémie aurait pour effet de réduire un peu plus la mobilisation des catégories les plus abstentionnistes, n'affectant que marginalement l'attitude des catégories les plus participatives. Cette conclusion se justifie d'un point de vue théorique, si l'on admet le lien entre position sociale, diplôme et intérêt pour la politique (Gaxie, 1978), et que l'on considère que les catégories sociales les plus aisées et les plus diplômées sont, en raison de cet intérêt, moins susceptibles d'être affectées dans leur comportement vis-à-vis du vote par un choc exogène tel que l'épidémie de coronavirus.

Afin d'évaluer ces effets au premier abord contradictoires, nous testerons deux nouvelles hypothèses :

*Hypothèse 2. L'épidémie a favorisé la progression de l'abstention des électeurs les plus âgés.*

*Hypothèse 3. L'épidémie a favorisé la progression de l'abstention des milieux populaires.*

## Méthode et matériaux empiriques

Pour tester ces hypothèses, nous avons choisi de travailler à l'échelle des communes de France métropolitaine. Malgré le risque d'erreur écologique[1] (Robinson, 1950), le choix d'une analyse agrégée présente l'avantage d'une possible objectivation des effets de la variation du contexte, ici épidémique, sur la participation (Luana et Beauguitte, 2012). En outre, l'analyse agrégée permet de travailler sur des données électorales d'une grande robustesse et d'éviter ainsi les écueils propres à la sur-déclaration de la participation électorale des études par questionnaires (Selb et Munzert, 2013).

Afin d'analyser les fluctuations de l'abstention à l'échelle communale et d'identifier les spécificités du contexte des élections de 2020, nous nous appuierons sur une analyse longitudinale multiniveau (Snijders et Bosker, 2011) de la participation au premier tour des élections municipales de 2001 à 2020, soit en tout quatre tours de scrutin (2001, 2008, 2014 et 2020). Ce type de modélisation permet d'analyser comment évolue une variable à travers le temps. Dans le cas de notre étude, elle se justifie également par la structure hiérarchique des données mobilisées.

Nos individus statistiques[2] sont ainsi les 2 564 communes de la France métropolitaine (hors Corse[3]) pour lesquelles les élections municipales se sont déroulées au scrutin de liste de 2001 à 2020. En ne retenant que ces communes, nous avons souhaité raisonner en neutralisant l'effet du mode de scrutin, excluant de fait les très petites communes[4].

Notre variable dépendante est l'abstention au premier tour des quatre élections municipales. Le taux moyen d'abstention pour l'ensemble des occurrences est de 41,4 %[5], avec des variations importantes selon les élections et un constat général de son augmentation au fil des années. En 2001, le taux d'abstention moyen est ainsi de 34,5 %. Il s'élève ensuite à 35,2 % en 2008, puis à 37,9 % en 2014, et enfin à 55,3 % en 2020. On observe donc qu'au sein de notre échantillon, si l'abstention connaît une augmentation continue de 2001 à 2014 (+0,7 point entre 2001 et 2008, puis +2,7 points entre 2008 et 2014), cette augmentation connaît une inflexion marquée entre 2014 et 2020 (+18,8 points).

Nous avons choisi de mesurer l'intensité de l'épidémie à l'échelle locale à partir de quatre indicateurs. Le premier est la distance[6] par rapport aux foyers de contamination identifiés par les autorités publiques avant le 15 mars 2020,

dont nous distinguerons l'effet sur l'abstention lors des dernières élections en l'intégrant en tant que variable fixe[7]. Les trois autres sont mesurés à l'échelle des départements et sont rendus accessibles par Santé publique France *via* GÉODES[8], le portail des géo-données en santé publique. Il s'agit tout d'abord du nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations pour suspicion de COVID-19 au cours de la semaine précédant le premier tour des élections municipales de 2020. Nous avons également retenu le nombre cumulé de décès avec diagnostic de COVID-19 depuis le 1er mars, tel que reporté pour la semaine du 9 au 15 mars 2020[9].

Afin de déterminer dans quelle mesure le contexte épidémique spécifique aux élections de 2020 affecte les relations entre les variables sociologiques et l'abstention, nous évaluerons l'effet de deux variables mesurées pour chaque occurrence temporelle, la part des plus de 65 ans au sein de la commune et celle des ouvriers[10].

Nous introduirons également dans nos modèles la population de la commune en tant que variable de contrôle[11]. Dans le cadre d'un scrutin de liste, le nombre et la diversité des candidatures ont généralement un effet positif sur la mobilisation. Pour chaque occurrence, nous contrôlerons donc le nombre de listes présentes en compétition, en distinguant les scrutins où une seule liste est en lice et ceux où s'affrontent deux listes ou plus. De même, nous tiendrons compte du taux d'abstention aux élections législatives (1997, 2002, 2007, 2012 et 2017) et européennes (1999, 2004, 2009, 2014 et 2019) précédant chaque scrutin municipal. Nous nous servirons de cette variable comme d'une mesure de la dynamique générale en matière d'abstention. Enfin, nous contrôlerons également l'effet propre à la part de chômeurs à l'échelle des communes.

Les variables mobilisées interviennent donc à trois niveaux d'analyse : celui des occurrences temporelles, celui des communes et celui des départements. Comme dans tout modèle multiniveau, la constante comporte une partie dite « fixe » et une partie dite « aléatoire », autorisée à varier d'un groupe à l'autre au sein des différents niveaux d'agrégation (ici les communes et les départements)[12]. Afin de modéliser la dépendance entre les taux d'abstention mesurés au fil du temps, notre modèle comportera également une variable « Année » à pente aléatoire[13].

# Résultats

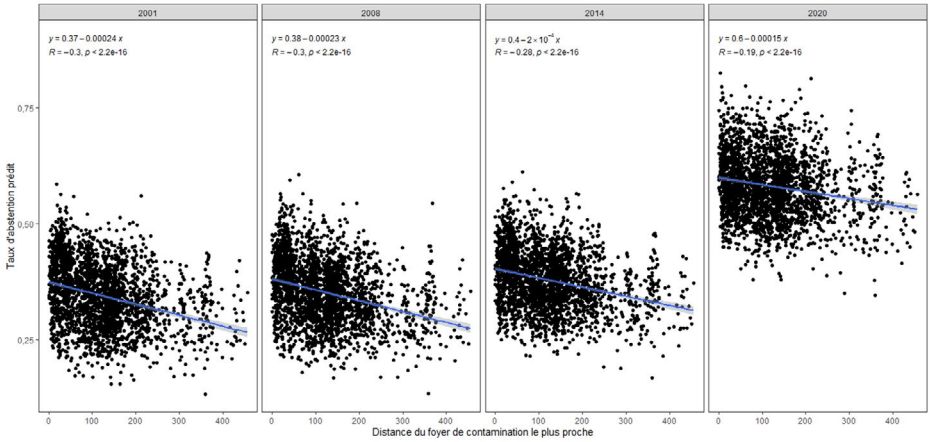
## L'abstention au 1er tour des municipales 2020 et l'intensité locale de l'épidémie

Le tableau 1 présente les résultats de nos analyses. Le modèle (2) introduit les variables indépendantes décrites plus haut[14]. Nous reviendrons sur l'interprétation des coefficients des différentes variables et utiliserons pour le moment le modèle (2) comme base de comparaison pour évaluer l'apport de l'introduction des indicateurs d'intensité de l'épidémie. Nous pouvons cependant déjà constater que, sur la période 2001-2020, l'abstention au premier tour des élections municipales a eu tendance à progresser plus fortement dans les communes et dans les départements qui étaient les moins abstentionnistes à l'origine : c'est ce que suggèrent les coefficients négatifs $\tau_{01}$ et $\varphi_{01}$ au sein de nos différents modèles.

Un test de déviance[15] montre que l'inclusion de l'effet de la distance du foyer de contamination le plus proche ainsi que de l'interaction entre cet effet et la variable « Année$^{m}$ » n'améliore pas significativement notre modèle (modèle [3], test = 3,4; df = 2; p = 0,183). Les coefficients des deux variables ne sont en effet pas significatifs. La figure 1 facilite l'interprétation de l'interaction entre les variables « Distance » et « Année ». L'effet propre à la distance du foyer épidémique, calculé à partir des résultats du modèle (3), tend à s'atténuer au fil des élections : l'abstention diminue moins fortement en fonction de l'éloignement de ces foyers lors des élections de 2020. Comme le suggère également l'évolution des coefficients $\mu_1$, $\mu_2$, $\mu_3$,et $\mu_4$ entre les modèles (2) et (3), les écarts d'abstention entre les villes identifiées comme des foyers épidémiques en 2020 et les autres communes sont plus grands lors des élections passées que lors des dernières élections municipales. Lors des élections de 2020, l'abstention a en effet progressé davantage dans les communes éloignées des foyers épidémiques. Ces résultats montrent que la crise sanitaire accélère un mouvement déjà ancien et bien documenté d'intensification de l'abstention électorale (Braconnier et Dormagen, 2007) qui touche à présent les territoires traditionnellement plus participatifs, quand bien même ceux-ci se situent à distance des principaux foyers épidémiques.

## Figure 1

**Effets marginaux de la distance par rapport aux foyers épidémiques par année d'élections**




Le taux d'abstention prédit à partir du modèle (3) se trouve en ordonnées, la distance par rapport aux foyers épidémiques en abscisses.

Les résultats des modèles (4) et (5) conduisent à des conclusions similaires. Les coefficients des variables « Urgences » et « Hospitalisations » ne sont pas significatifs. En d'autres termes, ni l'augmentation du nombre de patients admis en services d'urgence pour suspicion de COVID-19, ni celle du nombre de patients hospitalisés pour les mêmes raisons n'affectent l'abstention au premier tour des élections municipales de 2020. Les tests de déviance montrent sans surprise que l'inclusion de ces deux variables n'améliore pas de manière significative notre modèle (test [4] = 0,48; df = 1; p = 0,488 et test [5] = 0,42; df = 1; p = 0,517).

Le modèle (6) montre en revanche que l'effet du nombre cumulé de décès attribués à la COVID est significatif (p = 0,027), bien que limité : pour chaque décès supplémentaire constaté à l'échelle départementale, le taux d'abstention mesuré en 2020 augmente de 0,1 point. En d'autres termes, le taux d'abstention calculé (toutes choses égales par ailleurs) pour une commune en 2020 dans le département du Haut-Rhin, le plus touché à ce moment de l'épidémie avec 40 décès attribués au coronavirus, est de 68,7 %, soit 4 points de plus que les communes situées dans un département qui ne déplore aucun décès en 2020 (64,7 %). Ce résultat montre que les effets du nombre

de décès à l'échelle départementale ne sont véritablement significatifs que pour les communes des départements les plus touchés, même si le test de déviance montre que l'inclusion de cette variable améliore significativement notre modèle (test = 4,54; df = 1; p = 0,033). L'hypothèse 1, selon laquelle l'intensité de l'épidémie affecterait positivement la progression de l'abstention, n'est donc pas confirmée.

**Tableau 1**

**Régressions longitudinales multiniveaux : les déterminants de l'abstention aux premiers tours des élections municipales françaises (2001-2020)**

| Effets fixes | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Année 2001 $\mu_1$ | 0,333***<br>(0,005) | 0,460***<br>(0,005) | 0,469***<br>(0,006) | 0,460***<br>(0,005) | 0,460***<br>(0,005) | 0,460***<br>(0,005) |
| Année 2008 $\mu_2$ | 0,340***<br>(0,005) | 0,467***<br>(0,005) | 0,476***<br>(0,006) | 0,468***<br>(0,005) | 0,468***<br>(0,005) | 0,468***<br>(0,005) |
| Année 2014 $\mu_3$ | 0,367***<br>(0,005) | 0,418***<br>(0,005) | 0,425***<br>(0,006) | 0,418***<br>(0,005) | 0,418***<br>(0,005) | 0,418***<br>(0,005) |
| Année 2020 $\mu_4$ | 0,572***<br>(0,004) | 0,647***<br>(0,004) | 0,651***<br>(0,006) | 0,648***<br>(0,004) | 0,647***<br>(0,004) | 0,647***<br>(0,004) |
| Nombre de listes $\alpha_1$ | | -0,099***<br>(0,001) | -0,099***<br>(0,001) | -0,099***<br>(0,001) | -0,099***<br>(0,001) | -0,099***<br>(0,001) |
| Abstention élections nationales $\alpha_2$ | | 0,469***<br>(0,015) | 0,470***<br>(0,016) | 0,470***<br>(0,016) | 0,469***<br>(0,016) | 0,469***<br>(0,016) |
| Population commune $\alpha_3$ | | 0,000***<br>(0,000) | 0,000***<br>(0,000) | 0,000***<br>(0,000) | 0,000***<br>(0,000) | 0,000***<br>(0,000) |
| Part des plus de 65 ans $\alpha_4$ | | -0,155***<br>(0,015) | -0,153***<br>(0,015) | -0,155***<br>(0,015) | -0,155***<br>(0,015) | -0,155***<br>(0,015) |
| Part d'ouvriers $\alpha_5$ | | -0,212***<br>(0,011) | -0,212***<br>(0,011) | -0,212***<br>(0,011) | -0,212***<br>(0,011) | -0,212***<br>(0,011) |
| Part de chômeurs $\alpha_6$ | | 0,305***<br>(0,018) | 0,305***<br>(0,018) | 0,305***<br>(0,018) | 0,305***<br>(0,018) | 0,307***<br>(0,018) |
| Distance des foyers de contamination $\beta_1$ | | | -0,000<br>(0,000) | | | |
| Distance × Année$^m$ $\beta_1$ $\alpha_7$ | | | 0,000<br>(0,000) | | | |
| Urgences $\gamma_1$ | | | | -0,000<br>(0,000) | | |
| Hospitalisations $\gamma_2$ | | | | | 0,000<br>(0,000) | |
| Décès $\gamma_3$ | | | | | | 0,001*<br>(0,000) |

| Effets aléatoires | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Résidus occurrences* $\sigma$ | 0,038 [0,037; 0,039] | 0,032 [0,028; 0,037] | 0,032 [0,031; 0,033] | 0,032 [0,031; 0,033] | 0,032 [0,031; 0,033] | 0,032 [0,031; 0,033] |
| *Variance à l'échelle des villes* | | | | | | |
| Constante $\tau_0$ | 0,049 [0,047; 0,051] | 0,036 [0,031; 0,042] | 0,036 [0,034; 0,037] | 0,036 [0,034; 0,037] | 0,036 [0,034; 0,037] | 0,036 [0,035; 0,037] |
| Année$^m$ $\tau_1$ | 0,000 [0,000; 0,000] | 0,000 [0,000; 0,000] | 0,000 [0,000; 0,000] | 0,000 [0,000; 0,000] | 0,000 [0,000; 0,000] | 0,000 [0,000; 0,000] |
| Corrélation constante-année$^m$ $\tau_{01}$ | -0,256 [-0,301; -0,209] | -0,279 [-0,662; -0,220] | -0,279 [-0,324; -0,233] | -0,279 [-0,352; -0,261] | -0,278 [-0,320; -0,237] | -0,278 [-0,323; -0,232] |
| *Variance à l'échelle des départements* | | | | | | |
| Constante $\varphi_0$ | 0,046 [0,039; 0,054] | 0,042 [0,033; 0,052] | 0,039 [0,031; 0,050] | 0,040 [0,031; 0,050] | 0,041 [0,033; 0,052] | 0,041 [0,033; 0,051] |
| Année$^m$ $\varphi_1$ | 0,000 [0,000; 0,000] | 0,000 [0,000; 0,000] | 0,000 [0,000; 0,000] | 0,000 [0,000; 0,000] | 0,000 [0,000; 0,000] | 0,000 [0,000; 0,000] |
| Corrélation constante-année$^m$ $\varphi_{01}$ | -0,599 [-0,747; -0,393] | -0,556 [-0,752; -0,270] | -0,537 [-0,749; -0,227] | -0,542 [-0,728; -0,290] | -0,567 [-0,749; -0,322] | -0,615 [-0,779; -0,372] |
| AIC | -30 651,57 | -35 332,54 | -35 331,94 | -35 331,03 | -35 330,96 | -35 335,08 |
| BIC | -30 564,75 | -35 202,30 | -35 187,23 | -35 193,55 | -35 193,43 | -35 197,61 |
| Maximum de vraisemblance *(Log-likelihood)* | 15 337,79 | 17 684,27 | 17 685,97 | 17 684,51 | 17 684,48 | 17 686,54 |

Coefficients non standardisés. Les erreurs standards des effets fixes sont entre parenthèses, les intervalles de confiance à 95 % des effets aléatoires entre crochets. Codes de significativité : ***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05.

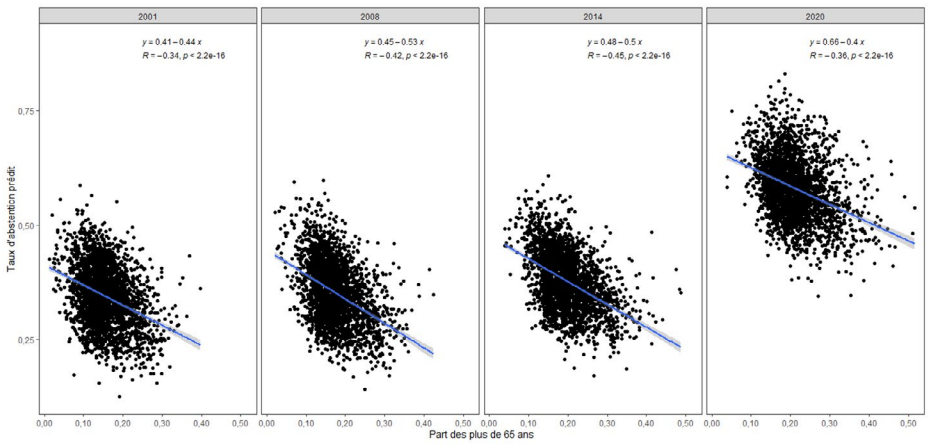
Nos modèles sont réalisés à l'aide du *package* « nlme » disponible sur R. Les différents modèles sont estimés en fonction du maximum de vraisemblance.

## Structure par âge des communes et abstention

Les résultats des modèles (2) à (6) montrent qu'en moyenne, l'augmentation de la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans une commune tend, y compris en 2020, à diminuer l'abstention. La figure 2, réalisée à partir des résultats du modèle (6), montre cependant que cette relation varie selon les années.

**Figure 2**

**Effets marginaux de la part de personnes âgées de 65 ans et plus par année d'élections**




Le taux d'abstention prédit à partir du modèle (6) se trouve en ordonnées, la part des plus de 65 ans en abscisses.

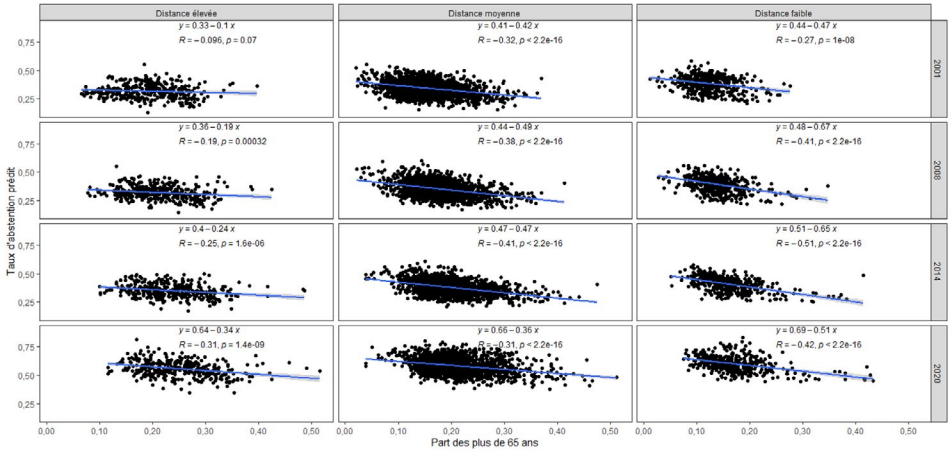
Cette analyse incite cependant à relativiser l'effet propre au contexte de 2020. En effet, si l'intensité de la relation entre part des 65 ans et plus et taux d'abstention apparaît moins importante en 2020 qu'en 2014 ou en 2008, elle est en revanche similaire à ce que l'on peut observer pour les élections de 2001. En d'autres termes, les écarts de participation que nous constatons en 2020 entre les communes selon leur structure par âge, bien que moins importants qu'en 2008 et qu'en 2014, n'ont rien d'inédit.

Cette baisse du coefficient de la variable « part des 65 ans et plus » pour l'année 2020 est-elle attribuable à l'intensité locale de l'épidémie? Pour répondre à cette question, nous proposons d'observer les variations de l'effet de l'âge en fonction des variables « Distance des foyers épidémiques » et « Décès »[16]. La figure 3 montre qu'à faible distance des foyers épidémiques, les écarts de participation entre communes « jeunes » et communes « âgées » sont toujours plus grands que lorsque cette distance s'élève, même si la relation entre la part des 65 ans et plus et l'abstention s'atténue entre 2014 et 2020.

Le résultat est similaire pour les communes situées à moyenne distance des foyers épidémiques. En revanche, pour celles qui en sont éloignées, ce différentiel d'abstention tend à s'amplifier avec le temps. Il faut ici tenir compte des caractéristiques des espaces concernés, sans doute plutôt composés de communes petites ou moyennes, comme le suggère le coefficient de corrélation négatif entre la distance des foyers de contamination et la taille de la population (voir annexe). Les graphiques de la figure 3 semblent indiquer que, dans ces espaces, l'abstention progresse plus vite au sein des communes plus jeunes. L'année 2020 semble avoir amplifié cette dynamique.

## Figure 3

**Effets marginaux de la part de personnes âgées de plus de 65 ans en fonction de la distance du foyer de contamination**

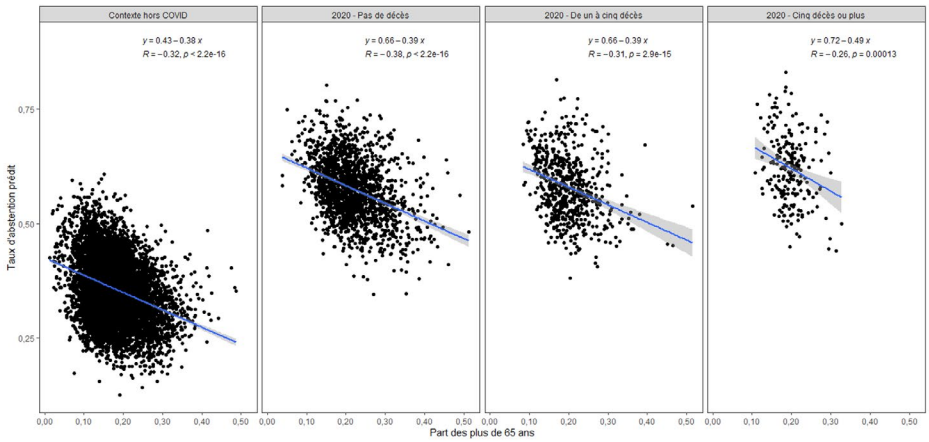



Le taux d'abstention prédit à partir du modèle (3) se trouve en ordonnées, la part des plus de 65 ans en abscisses.

La figure 4, qui permet d'évaluer l'effet de la part des 65 ans et plus selon le nombre de décès attribués à la COVID-19 à l'échelle départementale, montre que plus le nombre de décès est important, plus les écarts de participation entre communes jeunes et communes âgées s'amplifient. En l'occurrence, ce sont les communes où la part des 65 ans et plus est la plus faible qui ont tendance à s'abstenir le plus dans les départements les plus touchés par l'épidémie.

**Figure 4**

**Effets marginaux de la part de personnes âgées de plus de 65 ans en fonction du nombre de décès attribués à la COVID-19 à l'échelle départementale**




Le taux d'abstention prédit à partir du modèle (6) se trouve en ordonnées, la part des plus de 65 ans en abscisses.

Ces résultats montrent que le contexte épidémique n'a pas bouleversé les écarts de participation traditionnellement observés entre les communes étudiées en fonction de leur structure par âge. Nous pouvons donc également rejeter l'hypothèse 2, selon laquelle l'épidémie favoriserait la progression de l'abstention des électeurs les plus âgés.

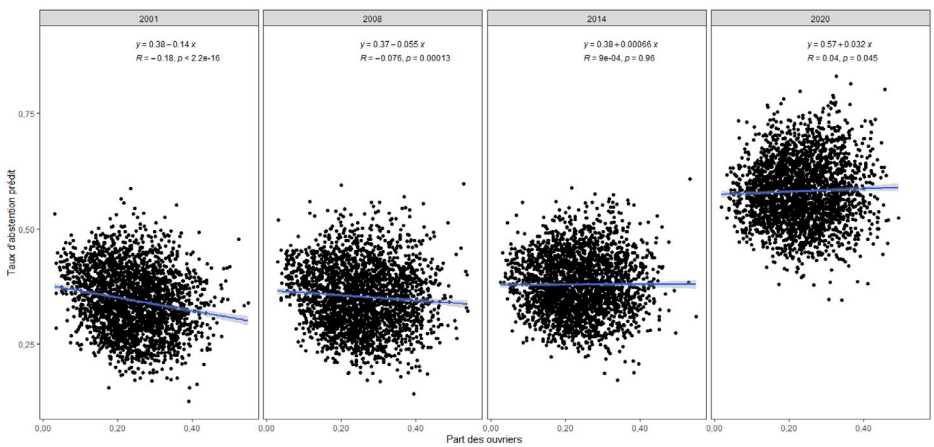
## Abstention et part d'ouvriers au sein des communes

À la lecture des modèles présentés dans le tableau 1, le coefficient de la part des ouvriers est à première vue surprenant : cette variable est en effet négativement corrélée à l'abstention. On peut mieux comprendre cette relation si l'on tient compte de la corrélation négative entre cette variable et la population de la commune (voir annexe). La part d'ouvriers est en effet tendanciellement plus importante au sein des communes les moins peuplées de notre échantillon, et l'on sait par ailleurs que les petites communes affichent des taux de participation aux élections municipales plus élevés que les communes plus peuplées (Jaffré, 2020).

La figure 5 indique que la relation entre la part d'ouvriers au sein des communes et l'abstention tend à s'inverser au fil du temps : négative lors du premier tour des élections 2001, elle devient positive (mais négligeable) lors du premier tour de 2020. Cette évolution s'inscrit dans le temps, et la situation observable en 2020 semble être le produit d'une dynamique qui s'enclenche dès les élections de 2008.

## Figure 5

**Effets marginaux de la part d'ouvriers par année d'élections**

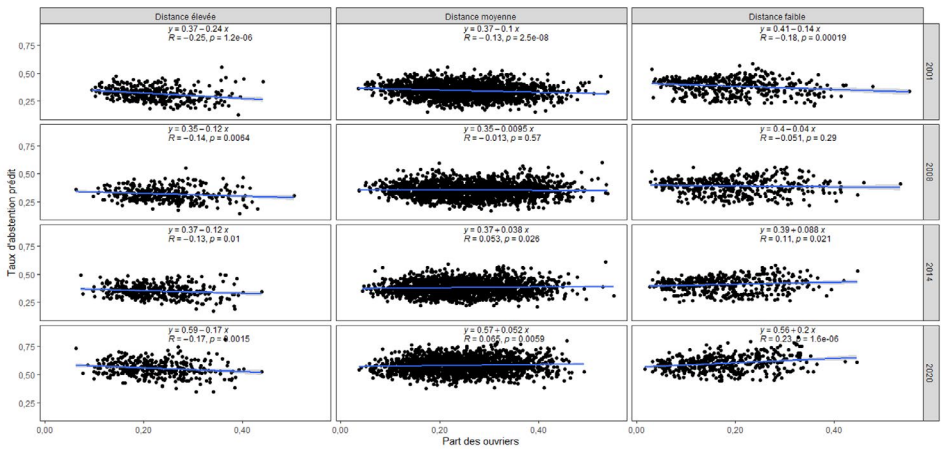



Le taux d'abstention prédit à partir du modèle (6) se trouve en ordonnées, la part d'ouvriers en abscisses.

Les effets de la part d'ouvriers semblent s'inverser également à mesure que l'on se rapproche des foyers épidémiques (figure 6). Dans ces espaces, les communes où cette part est élevée s'abstiennent plus que les autres. Ces écarts de participation tendent aussi à s'intensifier avec le temps, du moins pour les communes situées à faible et à moyenne distance des foyers de contamination. Pour celles situées à distance élevée, les écarts s'inversent (les communes « ouvrières » s'abstiennent moins que les autres) et restent stables d'une élection à l'autre.

## Figure 6

**Effets marginaux de la part d'ouvriers en fonction de la distance du foyer de contamination**

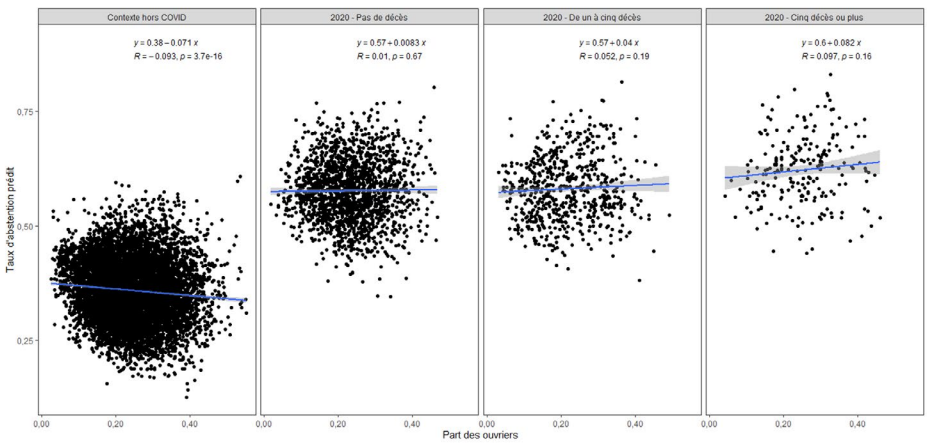



Le taux d'abstention prédit à partir du modèle (3) se trouve en ordonnées, la part d'ouvriers en abscisses.

L'effet du nombre de décès sur la relation entre abstention et part d'ouvriers est plus incertain (figure 7). On observe d'une part que les communes ouvrières ont tendance à s'abstenir plus fortement en 2020 que précédemment, *a fortiori* dans les départements où le nombre de décès est plus important. Dans un même temps, les relations statistiques propres au contexte de 2020 présentées dans la figure 7 ne sont jamais significatives, comme si l'impact de l'intensité locale de l'épidémie était indépendant de la structure sociale des communes étudiées. Ces résultats nous incitent à rejeter l'hypothèse 3, selon laquelle l'épidémie favoriserait la progression de l'abstention au sein des milieux populaires.

**Figure 7**

**Effets marginaux de la part d'ouvriers en fonction du nombre de décès attribués à la COVID-19 à l'échelle départementale**




Le taux d'abstention prédit à partir du modèle (6) se trouve en ordonnées, la part d'ouvriers en abscisses.

## Conclusion

La dimension longitudinale de notre enquête nous a permis d'appréhender les effets de la crise sanitaire de l'hiver 2020 sur la participation au premier tour des dernières élections municipales françaises pour les communes de plus de 3500 habitants. Première étude à replacer le contexte inédit des municipales de 2020 dans le temps long, cette enquête montre que les effets électoraux de la crise du coronavirus doivent s'analyser tout autant comme la conséquence d'un choc exogène imprévisible que comme celle de dynamiques observables sur le long terme.

Nos résultats présentent les effets de la crise sanitaire sur la participation électorale comme des effets nationaux plutôt que comme le produit d'un contexte local. L'intensité de l'épidémie à l'échelle locale ne joue en effet qu'à la marge dans les dynamiques de mobilisation propres aux élections de 2020, dans la mesure où l'on observe des variations significatives dans les taux d'abstention des communes étudiées uniquement lorsque l'épidémie atteint un plus haut degré d'intensité, causant les premiers décès de cette crise sanitaire.

Le contexte épidémique de 2020 a-t-il affecté plus fortement certaines communes que d'autres en raison de leur structure sociodémographique? Sur ce point, les résultats de notre étude sont contrastés. À faible et à moyenne distance des principaux foyers de contamination, nous observons une baisse de la participation au sein des communes où la part de personnes âgées de 65 ans et plus et la part d'ouvriers sont les plus importantes, même s'il ne semble pas que les écarts de participation observés soient inédits. À forte distance des foyers de contamination, en revanche, ces mêmes communes semblent toujours moins abstentionnistes que les autres. Ce résultat attire l'attention sur le sens à accorder à l'effet modérateur de la variable distance : celle-ci mesure en effet à la fois un degré d'intensité épidémique et un éloignement des espaces essentiellement urbains, là où se situent la majorité des foyers de contamination. En d'autres termes, ce résultat témoigne de l'impact différencié de l'épidémie selon le type d'espace considéré. Au sein des espaces urbains, les écarts de participation se sont sans doute réduits entre communes âgées et communes jeunes, et au contraire accentués entre les communes ouvrières et les autres, ce qui confirme les résultats obtenus par les études s'appuyant sur les données individuelles (Haute *et al.*, 2021). Toutefois, au sein des espaces ruraux, si l'effet de la structure par catégorie socioprofessionnelle semble être resté stable, les communes jeunes ont semble-t-il subi une augmentation plus marquée de l'abstention. Notre étude suggère enfin que dans les départements les plus touchés par les décès, la hausse de l'abstention concerne l'ensemble des communes, indépendamment de leur composition sociodémographique.

Le caractère marginal de l'effet de l'intensité locale de cette crise sanitaire doit cependant être interrogé. Nous pouvons nous risquer ici à proposer quelques éléments d'interprétation. Si les effets de la crise sur la participation sont d'abord nationaux, c'est sans doute parce que l'épidémie n'en est alors qu'à ses débuts, mais aussi parce que la couverture médiatique qu'on en fait contribue à créer un climat d'inquiétude diffus au sein des différents segments de l'électorat, au-delà des risques objectifs de contamination localisée induits par le déplacement aux urnes. De futurs travaux devront se pencher sur la relation entre l'exposition aux messages médiatiques – y compris au travers de l'usage d'Internet, dont nous ne savons encore rien – et la participation électorale en contexte d'épidémie généralisée.

Notre étude présente évidemment plusieurs limites. Tout d'abord, elle ne saurait prétendre à l'identification de mécanismes causaux. Au contraire, elle

prouve que les corrélations multiples entre contexte épidémique, facteurs sociopolitiques, autocorrélation spatio-temporelle et participation électorale rendent difficile l'établissement de relations causales entre risque sanitaire et abstention. Pour cette raison, la séquence électorale de 2020 ne saurait être considérée comme un contexte expérimental, même imparfait, propice à saisir ces phénomènes. Deuxièmement, s'appuyant sur des données agrégées, notre étude oblige à la prudence dans l'interprétation des résultats présentés et invite à confirmer les résultats obtenus à l'aide de données individuelles. Enfin, il pourrait nous être reproché d'avoir laissé de côté les petites communes. Il est en effet établi que c'est en leur sein que l'abstention a le plus progressé entre 2014 et 2020 (Le Bras, 2020). Nous voulons croire cependant que ce constat conforte au contraire les résultats présentés dans cet article; en effet, les petites communes échappant pour la plupart aux conséquences les plus graves de la vague épidémique de mars 2020, il plaide plutôt en faveur de l'hypothèse d'un effet national de la crise. Quoi qu'il en soit, sachant que les ressorts de la mobilisation électorale au sein des petites communes se distinguent de ceux observables au sein des communes plus peuplées (Lagroye, Lehingue et Sawicki, 2005), l'étude des effets électoraux de la crise sanitaire dans ces espaces singuliers doit faire l'objet d'une analyse spécifique.

Malgré ces limites, notre article met en lumière l'inégal effet de l'épidémie de coronavirus sur la participation électorale, à la fois sur le plan spatial, démographique et social. Ce faisant, il permet de porter un nouveau regard sur l'impact politique des crises sanitaires, dont l'analyse n'est qu'à ses débuts.

## Annexe

| Matrice des corrélations entre les variables mobilisées dans l'analyse | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
| 1. Abstention élections municipales | – | | | | | | | | | |
| 2. Nombre de listes | **-0,224** | – | | | | | | | | |
| 3. Abstention élections nationales | **0,415** | 0,009 | – | | | | | | | |
| 4. Taille de la population | **0,111** | **0,042** | **0,029** | – | | | | | | |
| 5. Part des plus de 65 ans | 0,018 | -0,017 | **0,071** | **-0,065** | – | | | | | |
| 6. Part des ouvriers | **-0,086** | **-0,111** | **0,214** | **-0,111** | **0,131** | – | | | | |
| 7. Part des chômeurs | **0,214** | **0,049** | **0,441** | **0,079** | **0,251** | **0,461** | – | | | |
| 8. Distance du foyer de contamination le plus proche | **-0,147** | 0,005 | **-0,077** | **-0,040** | **0,331** | **0,109** | **0,099** | – | | |
| 9. Urgences | **0,527** | -0,015 | **0,152** | **0,051** | **0,033** | **-0,136** | **0,040** | **-0,111** | – | |
| 10. Hospitalisations | **0,450** | **-0,021** | **0,137** | **0,040** | **0,031** | **-0,127** | 0,017 | **-0,070** | **0,835** | – |
| 11. Décès | **0,240** | **-0,048** | **0,096** | 0,005 | **0,034** | 0,015 | **0,027** | **-0,069** | **0,316** | **0,526** |

Corrélations de Pearson et Phi (pour les variables binaires). Les coefficients en gras sont significatifs à $p < 0,05$.

## Bibliographie

Bækgaard, Martin, Julian Christensen, Jonas Krogh Madsen et Kim Sass Mikkelsen. 2020. « Rallying Around the Flag in Times of COVID-19: Societal Lockdown and Trust in Democratic Institutions », *Journal of Behavioral Public Administration*, 3, 2 : 1-12.

Bayet, Antoine et Nicolas Hervé. 2020. « Information à la télé et coronavirus : l'INA a mesuré le temps d'antenne historique consacré au COVID-19 », *La revue des médias*, 24 mars. <https://larevuedesmedias.ina.fr/etude-coronavirus-covid19-temps-antenne-information>. Page consultée le 1er mars 2022.

Bol, Damien, Marco Giani, André Blais et Peter John Loewen. 2020. « The Effect of COVID-19 Lockdowns on Political Support: Some Good News for Democracy? », *European Journal of Political Research*, 60, 2 : 497-505.

Bonanad, Clara, Sergio García-Blas, Francisco Tarazona-Santabalbina, Juan Sanchis, Vicente Bertomeu-González, Lorenzo Fácila, Albert Ariza, Julio Núñez et Alberto Cordero. 2020. « The Effect of Age on Mortality in Patients with COVID-19: A Meta-Analysis with 611 583 Subjects », *Journal of the American Medical Directors Association*, 21, 7 : 915-918.

Braconnier Céline et Jean-Yves Dormagen. 2007. *La démocratie de l'abstention : aux origines de la démobilisation électorale en milieu populaire*. Paris, Gallimard.

Braconnier, Céline, Baptiste Coulmont et Jean-Yves Dormagen. 2017. « Toujours pas de chrysanthèmes pour les variables lourdes de la participation électorale. Chute de la participation et augmentation des inégalités électorales au printemps 2017 », *Revue française de science politique*, 67, 6 : 1023-1040.

Brouard, Sylvain et Haley McAvay. 2020. « Participation aux élections municipales 2020 en métropole : l'effet du COVID-19 », *Attitudes des citoyens face au COVID-19 : une étude comparée/Attitudes Towards COVID-19: A Comparative Study*, Sciences Po, CEVIPOF, note 10.

Dolez, Bernard. 2020. « Tenir un scrutin local pendant la crise du COVID-19. Les élections municipales de mars-juin 2020 », *Revue française d'administration publique*, 176 : 947-964.

Gaxie, Daniel. 1978. *Le cens caché. Inégalités culturelles et ségrégation politique*. Paris, Seuil.

Giommoni, Tommaso et Gabriel Loumeau. 2020. « Lockdown and Voting Behaviour: A Natural Experiment on Postponed Elections During the COVID-19 Pandemic », *Covid Economics*, 41 : 69-99.

Guerra, Tristan. 2021. « La participation lors du premier tour des élections municipales a-t-elle été perturbée par la crise sanitaire ? », dans Nicolas Mariot, Pierre Mercklé et Anton Perdoncin (dir.). *Personne ne bouge. Une enquête sur le confinement du printemps 2020*. Grenoble, UGA Éditions : 151-159.

Haute, Tristan. 2020. « La participation électorale en temps de crise sanitaire : évolutions et persistances », *Pouvoirs locaux*, 118, 11 : 29-34.

Haute, Tristan, Camille Kelbel, François Briatte et Giulia Sandri. 2021. « Down with COVID: Patterns of Electoral Turnout in the 2020 French Local Elections », *Journal of Elections, Public Opinion and Parties*. <https://doi.org/10.1080/17457289.2021.1924752>. Page consultée le 1er mars 2022.

Holbrook, Thomas M. et Aaron C. Weinschenk. 2014. « Campaigns, Mobilization, and Turnout in Mayoral Elections », *Political Research Quarterly*, 67, 1 : 42-55.

Jaffré, Jérôme. 2020. « L'abstention aux élections municipales depuis l'après-guerre (1947-2014) », *Les élections municipales*, Sciences Po, CEVIPOF, note 2.

Lagroye, Jacques, Patrick Lehingue et Frédéric Sawicki (dir.). 2005. *Mobilisations électorales : l'exemple des élections municipales de mars 2001*. Paris, Presses universitaires de France.

Lazarsfeld, Paul, Bernard Berelson et Hazel Gaudet. 1944. *The People's Choice. How the Voter Makes Up His Mind in a Presidential Campaign*. New York, Columbia University Press.

Le Bras, Hervé. 2020. « Municipales sous épidémie », *Fondation Jean-Jaurès*. <https://jean-jaures.org/nos-productions/municipales-sous-epidemie>. Page consultée le 1er mars 2022.

Levratto, Nadine, Mounir Amdaoud et Giuseppe Arcuri. 2020. *COVID-19 : analyse spatiale de l'influence des facteurs socioéconomiques sur la prévalence et les conséquences de l'épidémie dans les départements français*, Document de travail, EconomiX (UMR 7235), Université Paris Nanterre.

Luana, Rosso et Laurent Beauguitte. 2012. « Aggregation Level Matters: Evidences from French Electoral Data », *HAL-SHS*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00717982>. Page consultée le 1er mars 2022.

Martin, Pierre. 2020. « Les municipales de mars 2020 : un mauvais tour ? », *Commentaire*, 170, 2 : 281-288.

Noury, Abdul, Abel François, Olivier Gergaud et Alexandre Garel. 2021. « How Does COVID-19 Affect Electoral Participation? Evidence from French Municipal Elections », *PloS ONE*, 16, 2 : e0247026.

Nwankwo, Cletus Famous. 2021. « COVID-19 Pandemic and Political Participation in Lagos, Nigeria », *SN Social Sciences*, 1, 6 : 146.

Rivière, Jean. 2020. « Municipales 2020 à Nantes : un premier tour anxiogène avant confinement », dans François Madoré et Jean Rivière (dir.). *Atlas social de la métropole nantaise. Au-delà de la ville attractive* : 2779-5772. <https://asmn.univ-nantes.fr/index.php?id=405>. Page consultée le 1er mars 2022.

Robinson, William S. 1950. « Ecological Correlations and the Behavior of Individuals », *American Sociological Review*, 15, 3 : 351-357.

Santana, Andrés, José Rama et Fernando Casal Bértoa. 2020. « The Coronavirus Pandemic and Voter Turnout: Addressing the Impact of COVID-19 on Electoral Participation », *SocArXiv*, 17 novembre. <https://osf.io/preprints/socarxiv/3d4ny/>. Page consultée le 1er mars 2022.

Selb, Peter et Simon Munzert. 2013. « Voter Overrepresentation, Vote Misreporting, and Turnout Bias in Postelection Surveys », *Electoral Studies*, 32, 1 : 186-196.

Snijders, Tom et Roel Bosker. 2011. *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Applied Multilevel Analysis*. 2e édition. Londres, SAGE.

Zeitoun, Jean-David, Matthieu Faron, Sylvain Manternach, Jérôme Fourquet, Marc Lavielle et Jérémie H. Lefèvre. 2020. « Reciprocal Association Between Participation to a National Election and the Epidemic Spread of COVID-19 in France: Nationwide Observational and Dynamic Modeling Study », *medRxiv*, 19 mai. <https://doi.org/10.1101/2020.05.14.20090100>. Page consultée le 1er mars 2022.

## Notes

1 L'erreur écologique consiste à inférer, fallacieusement, des comportements individuels à partir de données agrégées.

2 En modélisation multiniveau « classique », le premier niveau correspond aux individus statistiques, les niveaux suivants correspondant aux différentes échelles d'agrégation incluses dans l'analyse. En modélisation multiniveau des données longitudinales, le premier niveau correspond aux occurrences temporelles auxquelles la variable dépendante est mesurée. Le second niveau correspond aux individus statistiques, et les niveaux suivants aux unités agrégées dans lesquelles « s'emboîtent » les individus. En l'espèce, le premier niveau de notre analyse est composé de 10 256 occurrences, ce qui correspond au taux d'abstention au premier tour des élections municipales des 2 564 communes, mesuré pour chacune d'elles à quatre reprises (2001, 2008, 2014 et 2020).

3 Les communes de Corse ainsi qu'un nombre restreint de communes métropolitaines ont été exclues de l'échantillon en raison de l'indisponibilité de certaines données sociodémographiques.

4 En France, l'élection des conseillers municipaux se fait, depuis 2014, au scrutin majoritaire plurinominal à deux tours, avec possibilité de panachage, pour les communes de moins de 1000 habitants (avant 2014, ce mode de scrutin concernait les communes de moins de 3500 habitants). Pour les autres communes, l'élection a lieu au scrutin de liste à deux tours, avec représentation proportionnelle et prime majoritaire.

5 La variable affiche des valeurs de distribution très proches de la distribution normale (Kurtosis = 2,801; Skewness = 0,612).

6 Il s'agit de la distance euclidienne entre les centroïdes des communes considérées. La distance moyenne par rapport au foyer de contamination le plus proche au sein de notre échantillon est de 121,984 kilomètres.

7 Le terme « fixe » est ici employé pour désigner une variable stable dans le temps, dont l'effet est mesuré à chacune des occurrences temporelles.

8 Les données peuvent être consultées à l'adresse suivante : https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=home. Page consultée le 1er mars 2022.

9 Ces données renseignant une situation propre aux occurrences de 2020, nous leur attribuerons donc la valeur 0 pour 2001, 2008 et 2014.

10 Au regard des colinéarités fortes entre variables relatives au statut professionnel et au diplôme, nous ne testerons pas l'effet de la part de cadres ou de la part de diplômés de l'enseignement supérieur.

11 Ces données sont issues du recensement de l'INSEE de 1999, de 2008, de 2014 et de 2017 respectivement, pour chaque occurrence temporelle. La part des personnes âgées de 65 ans et plus est calculée par rapport à la population totale de la commune. La part des ouvriers est calculée par rapport à la population des actifs âgés de 15 à 64 ans.

12 La partie dite fixe s'interprète comme dans un modèle de régression linéaire traditionnel, ici comme le taux d'abstention moyen mesuré par année, une fois les variables indépendantes contrôlées. La partie aléatoire est une variance inter-classes, calculée pour chaque niveau d'agrégation, ici entre les communes d'une part, et entre les départements d'autre part.

13 La variable « Année » représente ici les années correspondant aux différentes occurrences temporelles. Afin que l'année 0 ne corresponde pas à une valeur qui n'aurait pas de sens, nous retranchons 1 à chaque valeur de notre variable, soit Année2001 = 0, Année2008 = 7, Année2014 = 13, et Année2020 = 19. Compte tenu de la courbe de l'abstention au premier tour des élections municipales de 2001 à 2020, nous avons choisi d'appliquer une fonction puissance $^{m}$ à cette variable, où $^{m}$ représente le nombre d'occurrences temporelles au sein de notre échantillon (4).

14 Les variables INSEE ainsi que la variable « abstention élections nationales » sont centrées autour de leur moyenne afin de faciliter l'interprétation des coefficients $\mu_1$, $\mu_2$, $\mu_3$ et $\mu_4$. Le test de déviance montre que l'introduction des variables indépendantes améliore considérablement l'adéquation du modèle aux données comparativement au modèle (1) (dit « vide ») : test = 4692,96; df = 6; p = 0.

15 Le test de déviance consiste en l'évaluation de l'apport des variables explicatives supplémentaires dans l'ajustement d'un modèle. Il permet de tester la significativité de la diminution de la déviance par l'ajout de variables explicatives dans un modèle.

16 À partir de la variable « Distance », nous avons divisé notre échantillon en douze groupes : pour chaque année, nous avons identifié les communes situées à grande (plus d'un écart-type ajouté à la distance moyenne, soit plus de 210 kilomètres, n = 1440), moyenne (± un écart-type par rapport à la distance moyenne, n = 7128) et faible distance (inférieure à un écart-type retranché à la moyenne, soit moins de 33 kilomètres, n = 1688) des foyers

épidémiques. Pour la variable « Décès », nous avons constitué quatre groupes selon la même logique, mais en tenant compte de la spécificité du contexte de l'année 2020 : le premier regroupe les occurrences hors contexte COVID-19, soit lors des années 2001, 2008 et 2014 (n = 7 692); le second correspond à un contexte de faible intensité, soit aux communes situées dans les départements qui ne déplorent aucun décès au moment des élections de 2020 (n = 1 735); le troisième, qui correspond à un contexte de moyenne intensité, est constitué des communes situées dans les départements qui comptent entre un et cinq décès (n = 616); enfin, le quatrième groupe, qui renvoie à un contexte de forte intensité, est quant à lui formé des communes situées dans les départements qui enregistrent cinq décès ou plus (n = 213).

# Grammaire bienveillante et rhétorique de combat : stratégies discursives des dirigeantes en Islande, en Nouvelle-Zélande et à Taïwan durant la pandémie de COVID-19

**GAUTHIER MOUTON**

Candidat au doctorat, Département de science politique — Université du Québec à Montréal

**PRISCYLL ANCTIL AVOINE**

Chercheuse postdoctorale Vinnova/Marie Curie Seal of Excellence — Lund University

—

*Nous sommes en guerre. En guerre sanitaire certes, nous ne luttons ni contre une armée ni contre une autre nation, mais l'ennemi est là, invisible, insaisissable, qui progresse.*

Emmanuel Macron, 16 mars 2020

*Les traits de leadership tels que la compassion, l'humilité et la collaboration ne sont pas uniquement l'apanage des femmes. En fait, un leadership efficace requiert un large éventail de traits de caractère et de compétences qui transcendent le genre.*

Tsai Ing-wen, 16 décembre 2020

Cet article résulte de plusieurs années de réflexions théoriques sur les répercussions ontologiques et épistémologiques des « nouveaux rapports à la guerre » dans le champ des études critiques de sécurité[1] (Mouton et Anctil Avoine, 2019). La crise sanitaire provoquée par la propagation de la COVID-19 a normalisé la rhétorique « guerrière » comme stratégie argumentative, ce qu'atteste l'extrait du discours du président Macron. Outre la spécificité du

cas français où le président est « en même temps » le chef des armées[2], l'effort de guerre contre le virus (Branicki, 2020) renvoie principalement aux enjeux sanitaires – « la guerre pandémique » (Sèze et Lebrun-Frenay, 2020) et « la guerre des vaccins » (Wise, 2021) –, et les analogies nourrissent un climat d'anxiété en associant la pandémie à une « guerre de l'information » (Schiavo, 2020) ou en l'envisageant comme une occasion de réinterpréter les travaux de Sun Zi (孫子) sur « l'art de la guerre » (Maxwell, Perl et Cutrell, 2020).

Les crises sanitaires du XXe et du début du XXIe siècle (SRAS, Ebola, Zika, etc.) témoignent de la portée de tels enjeux mondiaux sur le plan de la sécurité, certains observateurs allant jusqu'à définir la pandémie actuelle comme un « point tournant pour les études de sécurité », voire l'équivalent d'un « 11 Septembre de la sécurité sanitaire » (Daoudi, 2020). Alors que les femmes dirigeantes d'un pays sont minoritaires parmi l'ensemble des États reconnus par l'ONU (17 sur 193 en 2021), le traitement médiatique de la crise de COVID-19 et des actions publiques menées pour y répondre a, d'une certaine manière, normalisé les analogies guerrières, reflétant ainsi une vision masculine des relations internationales. Comme le soulignait déjà Ann Tickner en 1988, « les relations internationales sont un monde d'hommes, un monde de pouvoir et de conflits dans lequel la guerre est une activité privilégiée » (429). Aussi, ce traitement médiatique de la pandémie de COVID-19 a eu pour effet que la « sécurité » et ses différents domaines d'application et valeurs rattachées sont compris au prisme de la masculinité et de la féminité, renforçant les analyses dichotomiques des relations internationales (RI) largement critiquées par les féministes (Sjoberg, 2009).

Pourtant, dans un article publié par *The Guardian* (Mahdawi, 2020), la journaliste remarque que l'Allemagne, l'Islande, le Danemark, la Finlande, la Norvège, la Nouvelle-Zélande et Taïwan – des États gouvernés par des femmes – ont apporté des réponses efficaces contre la propagation du coronavirus. Même si la journaliste prête à ces dirigeantes des qualités étiquetées comme « féminines », telles que l'honnêteté et l'empathie – véhiculant ainsi un biais essentialiste qui renforce l'idée que les femmes éprouvent, de manière innée, plus de compassion, et sont plus coopératives –, leurs discours et leurs pratiques posent des questions théoriques importantes pour les études de sécurité. En effet, des analyses féministes ont montré que les cheffes d'État ont pris des mesures proactives, rapides et préventives dans ces pays, allouant des budgets considérables aux soins de santé et à diminuer les impacts économiques de la pandémie (Anderlini, 2020).

Ces biais genrés ayant été identifiés dans le domaine des RI, il faut voir s'ils sont également reproduits dans le champ des études de sécurité et dans un contexte spécifique de crise sanitaire. Or, la littérature francophone traitant la santé humaine comme objet d'étude de la politique mondiale demeure restreinte (Basty, 2008). Plus encore, à l'exception de quelques publications anglophones récentes (Mohammed *et al.*, 2021; Rashid, 2020; Wenham, 2021), très peu d'analyses féministes poststructuralistes ont été publiées sur les discours guerriers/sécuritaires liés à la COVID-19. Cet article propose de répondre à cet angle mort théorique.

Par conséquent, les questions qui guident notre réflexion sont les suivantes : depuis le début de la pandémie, les discours prononcés par les femmes dirigeantes en Islande, en Nouvelle-Zélande et à Taïwan prennent-ils le contre-pied des mythes qui associent l'autonomie, la rationalité et l'intérêt national aux hommes et à la masculinité ? Dans quelle mesure les discours de ces dirigeantes politiques mobilisent-ils des analogies guerrières dans la gestion de la crise sanitaire de COVID-19 ? Plutôt, leurs discours sont-ils cadrés par la compassion et l'empathie ?

Pour répondre à ces questionnements, nous précisons d'abord notre cadre méthodologique et théorique en exposant la pertinence de la combinaison des approches féministes et poststructuralistes pour l'analyse discursive et politique de la crise sanitaire. Nous soulignons les limites du paradigme traditionnel androstatocentré (Shepherd, 2010), qui cloisonne les cadres d'analyse du concept de sécurité sanitaire et perpétue les discours guerriers au sein des RI. Enfin, nous analysons les discours des trois dirigeantes depuis mars 2020 afin d'y repérer (ou non) une « rhétorique guerrière ».

## 1. Approches féministes poststructuralistes : cadres théorique et méthodologique

### Cadre théorique féministe poststructuraliste

À la suite des travaux fondateurs de Jean Bethke Elshtain (1987) et de Cynthia Enloe (1989), les approches théoriques féministes en RI ont offert des avenues scientifiques variées en se basant sur différents présupposés épistémologiques et ontologiques. Mentionnons entre autres les approches plus *mainstream*, comme le féminisme réaliste ou libéral, et les perspectives post-positivistes, comme le féminisme postcolonial, poststructuraliste ou encore l'écoféminisme (Sjoberg, 2009). Nous nous inscrivons dans cette deuxième

épistémologie. En dépit de ces différences, les approches féministes en RI partagent une cohérence dans leur volonté d'améliorer les cadres d'analyse pour mieux saisir la complexité des défis politiques internationaux (Zalewski, 2007). Dans un manuel consacré aux méthodologies féministes en RI, Brooke Ackerly, Maria Stern et Jacqui True affirment que « le programme de recherche féministe peut être vu comme un effort collectif de mieux armer les théories en RI face aux questions de justice internationale » (2006 : 245-246).

Les recherches féministes poststructuralistes s'intéressent particulièrement aux manières dont le genre est construit, à travers la construction de récits (politiques), et à quel dessein (Stern, 2016 : 34). Dans le cas qui nous concerne, ce programme éclairera les discours, pratiques et normes qui constituent la politique internationale (Aggestam et True, 2021; Martin de Almagro, 2018). En privilégiant des éléments ontologiques inusités en RI – comme le langage, les discours, les corps et les émotions – et en adoptant une posture réflexive en rupture avec le positivisme des théories dominantes dans la discipline, les approches féministes poststructuralistes se révèlent propices à discuter de sujets pertinents en temps de crise sanitaire, qu'il s'agisse de l'éthique du *care*, de la démilitarisation ou encore de la place des émotions dans la politique mondiale (Shepherd, 2021; Wibben, 2016; Van de Velde et Perriard, 2021).

Les approches féministes poststructuralistes ont en commun de s'inscrire dans une épistémologie postpositiviste des RI et de contester les vérités fondationistes de ce champ (Sylvester, 1994 : 13). En études critiques de sécurité, ces approches visent toutes deux à élargir, à approfondir et à contester les approches traditionnelles de la sécurité en démontrant que celle-ci ne devrait pas être uniquement comprise au prisme de sa relation avec un État « protecteur », ce dernier étant bien souvent générateur d'insécurités (D'Aoust et Anctil Avoine, 2019). Les féministes poststructuralistes ont non seulement mis l'accent sur d'autres objets-référents que l'État, mais ont aussi analysé d'autres types d'insécurités largement invisibilisées par les cadres traditionnels en RI (Fierke, 2007) – insécurités corporelles, émotionnelles, sanitaires, étatiques, structurelles, etc.

Ces approches ont une normativité explicite et une méthodologie politique qui prend souvent la forme d'une déconstruction des énoncés du discours sur la sécurité, où sont révélées les relations de pouvoir que le discours est susceptible de (re)produire. Les féministes poststructuralistes visent donc à déconstruire les dichotomies par lesquelles le savoir/pouvoir se construit, fixe le sens, produit des sujets, des conduites, etc. Dans le champ des RI, ces

dichotomies (rationalité/émotion, faible/fort, coopération/agression, guerre/paix) sont associées à des caractéristiques genrées – comme « femmes » et « paix » (Sjoberg, 2009). Les féministes poststructuralistes tentent donc de retracer les constructions genrées et leurs impacts sur la constitution des sujets et sur la circulation du pouvoir dans un but explicite de transformation sociale. Ces analyses s'avèrent particulièrement pertinentes pour les cas à l'étude puisqu'elles corroborent une pratique répandue des médias, qui, dans la couverture de la pandémie de COVID-19, opposent de manière binaire l'action politique des chefs d'État selon leur genre. Ainsi, à une forme de « masculinité héroïque » qui « combat le virus » s'opposerait une « féminité de compassion » qui se distinguerait de la version masculiniste du leadership (Aggestam et True, 2021) en combinant des attitudes de coopération *et* de lutte face à la crise sanitaire.

Les féministes poststructuralistes s'attachent à analyser la constitution discursive de l'identité et la performativité des actes de langage, en se basant notamment sur les travaux de Michel Foucault (1969, 1975) et de Judith Butler (1988, 1990), qui ont remis en cause l'idée du « sujet » comme étant extérieur au discours. L'idée principale est que chaque individu, en tant que « sujet », n'existe pas avant le régime discursif auquel il est soumis ni en dehors de lui. De ce point de vue, la subjectivation renvoie au processus par lequel les individus sont produits en tant que sujets *spécifiques* à travers les mécanismes du pouvoir, les règlements qui définissent les normes et le pouvoir disciplinaire qui contrôle ces normes. De plus, les sujets investissent les « positions » qui leur sont attribuées. Butler explique comment le discours dominant sur le genre « enferme » certaines personnes dans certaines positions, comme celle de « bonne femme », ou simplement de « femme ». Ainsi, le fondement du féminisme poststructuraliste réside dans un examen critique des catégories binaires (homme/femme, masculinité/féminité) et de leur rôle dans les processus de subjectivation (Stern, 2016 : 38).

Finalement, adopter une approche féministe poststructuraliste pour étudier la gestion de la pandémie en Islande, en Nouvelle-Zélande et à Taïwan revient à examiner les discours des trois dirigeantes à l'aune du caractère performatif des actes de langage. Plus précisément, il s'agira d'analyser comment le genre attribué à ces cheffes d'État a influencé les processus discursifs par lesquels le coronavirus a été construit comme l'ennemi à combattre et, de la même manière, quelles insécurités *réelles* ou *perçues* liées à la pandémie ont été mises en avant dans leurs discours.

## Méthodologie

Sur le plan méthodologique, parmi les multiples contributions des féministes et des poststructuralistes en RI, nous retenons non seulement la pertinence des émotions et du genre comme catégories d'analyse discursive (Åhäll, 2018; Smith, 2021), mais aussi la démarche d'investigation qui consiste à décloisonner le champ des cadres rationalistes et constructivistes (Hansen, 2006). Notre méthode s'applique à trois cas d'étude : l'Islande, la Nouvelle-Zélande et Taïwan (République de Chine). Ce choix se justifie par le fait que la gestion de la crise sanitaire dans ces pays traduit en filigrane les « bonnes pratiques » adoptées par des gouvernements dirigés par des femmes. Ces États partagent aussi des caractéristiques géographiques communes, telles que l'insularité (une variable déterminante durant la pandémie car facilitant le contrôle [ouverture/fermeture] des frontières), et sont considérés comme des systèmes politiques démocratiques (Islande : régime parlementaire; Nouvelle-Zélande : monarchie parlementaire; Taïwan : régime présidentiel). La sélection des cas a aussi été guidée par une volonté de comparer des situations nationales contrastées. De l'Asie de l'Est à l'Océanie, en passant par l'Europe du Nord, les trois pays étudiés se trouvent plus ou moins éloignés de l'épicentre de Wuhan. Tsai Ing-wen (蔡英文), Jacinda Ardern et Katrín Jakobsdóttir ont donc vécu la crise sanitaire suivant des temporalités distinctes, selon l'évolution de l'épidémie dans leurs pays. De nombreuses différences peuvent également être relevées entre les contextes d'énonciation des discours de ces trois dirigeantes.

La sélection du corpus répond à divers critères parmi lesquels : 1) l'inscription des discours dans un contexte de crise sanitaire, soit celui de la COVID-19; 2) la présence d'un cadre officiel d'énonciation des discours (à la tribune de l'Organisation des Nations unies [ONU], dans le cadre d'une commission parlementaire, lors d'un rassemblement politique ou d'une conférence de presse); 3) la capacité des agentes (Jakobsdóttir, Ardern et Tsai) à convaincre leur audience grâce à leur « compétence linguistique[3] »; 4) la volonté d'incarnation nationale des agentes – ce qui relève de la dimension performative des actes de langage[4]; et, enfin, 5) des objets communs aux discours, à savoir des enjeux relatifs à la gestion de la crise sanitaire.

Notre analyse qualitative s'est matérialisée autour de deux volets : 1) une revue de la littérature grise et scientifique sur les approches féministes poststructuralistes de même que la consultation de certaines sources journalistiques[5]; et 2) une analyse thématique des discours des trois dirigeantes. L'analyse

thématique consiste en une « transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique) » (Paillé et Mucchielli, 2021 : 270).

La première étape reposait sur la sélection des discours, tous disponibles en anglais sur les sites officiels des gouvernements islandais, néo-zélandais et taïwanais[6]. Les limites temporelles d'énonciation des discours débutent le 11 mars 2020 – lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a officiellement reconnu la situation de pandémie – et se terminent le 31 juillet 2021. Le tri initial du corpus s'est opéré à partir des mots clés suivants (en anglais) : COVID-19, pandémie, sécurité, crise sanitaire, virus et coronavirus. À partir de cette sélection préliminaire, 34 discours ont été retenus : 1) Katrín Jakobsdóttir, 5 discours; 2) Jacinda Ardern, 19 discours; et 3) Tsai Ing-wen, 10 discours.

La deuxième étape a reposé sur une recherche par mots clés afin de procéder à une réduction des données, un processus nécessaire pour identifier les éléments du corpus pertinents à notre analyse en lien avec la pandémie. Ces mots clés étaient les suivants : guerre, sécurité, soin, nation/nationalisme, santé, solidarité, coopération, combat, lutte, femmes, genre, sacrifice.

La troisième et dernière étape s'est caractérisée par des dynamiques itératives, de multiples relectures de corpus d'une part, et un effort de thématisation de l'autre. Pour la thématisation, nous avons regroupé chaque énoncé contenant les mots clés identifiés pour les systématiser dans des fiches qui nous ont permis d'identifier des thèmes récurrents dans les discours des trois dirigeantes, qu'il s'agisse de la manière dont la pandémie a affecté différemment la population selon le genre, ou encore des enjeux de coopération régionale ou internationale.

Notre analyse pose évidemment, comme toute approche méthodologique, quelques limites. Premièrement, si nous disposions d'un nombre beaucoup plus élevé de discours pour le cas néo-zélandais que pour les cas taïwanais et islandais, nous avons équilibré la répartition finale du corpus (Islande : 4; Nouvelle-Zélande : 5; Taïwan : 6). Deuxièmement, considérant la pluralité des contextes des discours et des audiences visées, qu'ils soient nationaux ou internationaux (à la tribune des Nations unies, lors d'un sommet multilatéral, dans une commission parlementaire, etc.), l'exercice de comparaison s'est avéré d'autant plus difficile. Troisièmement, les « adresses solennelles à la nation » dans les trois pays étudiés ont été relativement rares entre les mois de mars 2020 et de juillet 2021. Il n'était donc pas possible d'évaluer, à partir

d'un échantillon suffisamment représentatif, les effets des actes de langage des trois dirigeantes sur leur population respective. Aussi, pour remédier partiellement aux limitations mentionnées, nous avons eu recours aux sources secondaires (journaux, blogues).

## 2. Analyse des cas d'étude

Cette section présente les résultats de l'analyse des trois cas d'étude, soit les discours de Katrín Jakobsdóttir (Islande – 2.1), de Jacinda Ardern (Nouvelle-Zélande – 2.2) et de Tsai Ing-wen (Taïwan – 2.3).

### 2.1 Islande : l'égalité de genre menacée durant la pandémie

La pandémie ayant exacerbé le phénomène des violences domestiques, la première ministre islandaise s'insurge contre « l'escalade alarmante de la violence sexiste à l'égard des femmes » et regrette que « la pandémie fasse reculer les victoires précédentes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs des femmes » (Ja.1). Dans ce discours prononcé en novembre 2020, Katrín Jakobsdóttir aborde un thème communément associé à la vie privée, la question de la parentalité, pour l'englober dans la sphère publique, montrant ainsi que « le genre est l'une des principales lignes de fracture dans les relations internationales contemporaines[7] » (Aggestam et True, 2021 : 385). L'objectif politique consiste ici à promouvoir, en temps de pandémie, la lutte contre les inégalités de genre tout en impliquant les hommes dans un projet de justice sociale de genre :

> [I]l est plus probable qu'un père s'absente plus tard pour s'occuper d'un enfant malade et assumer davantage de responsabilités domestiques. L'égalité parentale change la façon dont nous pensons modifier les rôles traditionnels et les stéréotypes de genre dans la société. (Ja.1)

Le brouillage qui s'opère à plusieurs reprises entre la sphère publique et privée dans les allocutions de la première ministre d'Islande rejoint un argument central fait par les féministes en RI, soit que la féminité, la masculinité, la « maison » et le système international sont des espaces politiques, et qu'ils sont intimement liés (Enloe, 1989). Ce brouillage contribue à renforcer ses arguments en faveur de l'égalité de genre. Au-delà de sa personne, c'est bien une « identité nordique[8] » que Katrín Jakobsdóttir met de l'avant pour souligner le caractère pionnier des politiques publiques mises en place dans son pays et chez ses voisins en matière de protection des droits des femmes

et des filles. Dans un texte d'opinion publié sur CNN à l'occasion de la Journée internationale de la femme le 6 mars 2020, la première ministre islandaise, aux côtés de ses homologues danoise, finlandaise, norvégienne et suédoise, fait valoir que

> [d]epuis plus de 40 ans, les pays nordiques ont travaillé collectivement pour promouvoir l'égalité de genre. [...] [C]es politiques permettent aux femmes de participer au marché du travail et aux processus décisionnels publics, tout en laissant aux hommes un espace pour partager les responsabilités domestiques. [...] Cela a un impact positif sur l'égalité des sexes au travail et à la maison, et conduit également à une plus grande égalité des sexes dans la prise de décision publique et à un meilleur équilibre entre les sexes parmi les dirigeants (Ja.2).

D'un point de vue rhétorique, ces va-et-vient répétés entre les domaines privé et public permettent à Katrín Jakobsdóttir de traiter l'égalité femme-homme sur le terrain des valeurs, faisant d'ailleurs de celle-ci une boussole politique de premier plan : « tous les pays nordiques ont placé les droits des femmes au cœur de leur politique étrangère et de développement » (Ja.2). Comme nous l'avons mentionné précédemment, les discours de la première ministre islandaise durant la crise de COVID-19 dessinent un projet sociétal où l'égalité de genre est interprétée comme « la fondation d'une société inclusive, prospère » (Ja.3).

L'Assemblée générale de l'ONU, le 22 septembre 2020, a représenté une occasion unique pour Katrín Jakobsdóttir d'exprimer, en présence des dirigeants internationaux, sa propre vision politique. Alors que la pandémie a creusé partout sur la planète les inégalités, ce discours valorise le modèle égalitariste islandais. L'approche poststructuraliste rappelle que la construction identitaire exclusive repose sur une codification morale de Soi et de l'Autre, où le Soi est jugé supérieur à l'Autre (ce que confirme d'ailleurs l'autoperception des pays nordiques comme étant les plus avancés sur le plan de l'égalité femme-homme[9]). Ce processus d'*inclusion/exclusion* de la (re)construction identitaire de l'État produit et reproduit les identités politiques (Beier, 2005). La stratégie discursive de Jakobsdóttir associe l'identité islandaise à l'idéal d'égalité et, par extension, c'est l'égal accès aux soins de santé qui apparaît dans son discours comme l'objet-référent de sécurité :

> En reconstruisant et en réimaginant le monde après la COVID-19, nous devons garder les questions d'égalité de genre et d'égalité raciale au

> premier plan. L'accès universel aux soins de santé est essentiel, non seulement en tant que problème de santé publique, mais aussi en tant que problème de sécurité. (Ja.4)

Lors de cette allocution à l'ONU, qui célébrait les 25 ans de la Conférence mondiale sur le droit des femmes de Beijing, une phrase en particulier a attiré notre attention : « Nous sommes préoccupés par la politisation accrue des droits de la personne – et nous nous engageons à les défendre. » (Ja.3) Loin d'être neutre, l'utilisation du terme « politisation » témoigne de la reconnaissance du recul des droits des femmes, accéléré *in fine* par la pandémie, car celle-ci « a réuni les conditions dans lesquelles ceux qui cherchent à restreindre les droits des femmes peuvent le faire » (Ja.3). L'attention portée aux femmes durant la pandémie n'est toutefois pas unique à l'expérience islandaise, comme le montre le cas d'étude suivant.

### 2.2 Nouvelle-Zélande : une gestion de crise sanitaire axée sur le *care*

Très dépendante des marchés extérieurs, l'économie néo-zélandaise s'est trouvée particulièrement vulnérable avec l'irruption de la crise sanitaire. Toutefois, dès la découverte du premier cas de COVID-19 dans le pays le 26 février 2020, le gouvernement de Jacinda Ardern a fait preuve de réactivité, décrétant l'état d'urgence un mois plus tard, ce qui a eu pour effet de contenir l'épidémie (au 31 août 2021, seulement 3569 cas confirmés et 26 décès depuis le premier cas, pour une population de près de 5 millions d'habitants [Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande]). Se concentrant depuis le début de la pandémie sur la relance économique de son pays, Jacinda Ardern a participé (parfois virtuellement) à de nombreux sommets avec ses partenaires d'Asie-Pacifique. C'est ainsi que la première ministre reconnaît « le travail essentiel de l'APEC pour amener une solution régionale collaborative aux impacts économiques de la COVID-19 » (Ar.1).

Dans un discours annonçant la signature d'un partenariat économique régional, Jacinda Ardern insiste sur l'occasion que représente la pandémie de penser un « monde meilleur » : « Il s'agit de prendre une crise et de la transformer en une occasion unique de reconstruire en mieux. » (Ar.2) Cette insistance sur l'idée de progrès vient également du fait qu'elle situe la pandémie dans un changement de paradigme à l'échelle mondiale : « Dans un monde [post-] COVID-19, la recherche de ces solutions nécessitera des modes de pensée nouveaux et différents. » (Ar.1) Ce faisant, elle inscrit son discours sur la

postpandémie dans une logique distincte de celle de plusieurs de ses homologues qui insistent sur un retour à la normalité. Sa posture converge, par conséquent, vers celle de certaines écoféministes qui critiquent l'éventualité du retour à une « normalité » patriarcale, raciste et insensible aux changements climatiques (Anctil Avoine et Coenga-Oliveira, 2020).

Explorant les émotions et les affects, notre approche féministe poststructuraliste s'avère utile et pertinente dans l'analyse des discours de la première ministre néo-zélandaise. En effet, celle-ci constate, tout comme son homologue islandaise, que « les femmes, [...] les populations autochtones et les jeunes ont été économiquement touchés de manière disproportionnée par la pandémie » (Ar.1). Autrement dit, la gestion de la crise sanitaire par Jacinda Ardern illustre une approche centrée sur le *care* et les *populations historiquement marginalisées*[10]. La première ministre démontre ainsi que le *care* est un « enjeu politique international » et que sa prise en compte est essentielle pour une compréhension plus complète de la « survie et de la sécurité ». « Plus qu'un simple "enjeu" de la politique mondiale » (Robinson, 2011 : 3), le *care* devient, dans les discours de Jacinda Ardern, une approche politique en soi.

Dans un discours adressé à l'association du gouvernement local de Nouvelle-Zélande en juillet 2021, la première ministre précise la gestion de la crise sanitaire à différents paliers gouvernementaux car, en Nouvelle-Zélande, « le système [de gouvernance] permet à toutes les branches du gouvernement de répondre aux besoins des communautés [...] – localement, régionalement, nationalement » (Ar.3). Si, à première vue, l'approche holistique de cette gouvernance multiniveaux fait écho à une protection contre le virus de « tous les Néo-Zélandais » (Ar.3), l'insistance sur les communautés et le local montre non seulement comment est conçu l'État, mais aussi comment est représentée la réalité dans ses relations dynamiques, contingentes et subjectives (Pettman, 2000). Ainsi, l'enjeu de la gouvernance politique pour Ardern répond à une logique communautaire, en dehors du cadre ethnonational, parce que le sujet se trouve construit par les structures externes du langage, du pouvoir et du discours (Newman, 2005).

L'efficacité de la gestion de la crise sanitaire en Nouvelle-Zélande s'est traduite par l'allégement, voire la levée progressive, dès la fin de l'année 2020, des mesures de quarantaine pour les personnes entrant sur le territoire. Or, les rapports entre la Nouvelle-Zélande et ses voisins soulèvent de fait des

questions d'appartenance, d'identité insulaire et de solidarités communautaires. L'analyse des discours de Jacinda Ardern montre que son champ d'action politique durant la pandémie et l'audience visée dépassent les frontières néo-zélandaises pour englober les peuples du Pacifique. La première ministre s'est par exemple félicitée de ce que l'île de Niué (relevant de la souveraineté néo-zélandaise) « n'ait enregistré aucun cas de COVID-19 durant l'année 2020 [...], ce qui est une preuve de notre travail acharné pour nous protéger ainsi que le Pacifique » (Ar.4). Les discours de Jacinda Ardern mettent aussi en avant les enjeux de coopération régionale : « [L]a Nouvelle-Zélande et l'ANASE [Association des Nations d'Asie du Sud-Est] partagent un important héritage de collaboration pour faire avancer la paix et la prospérité dans la région [...]. Nos pays ont travaillé ensemble pour soutenir les efforts mondiaux de gestion de la pandémie et assurer un accès juste et équitable aux vaccins. » (Ar.5)

Finalement, les allocutions d'Ardern sur l'idée d'une « communauté du Pacifique » durant la crise de COVID-19 révèlent l'une des plus anciennes métaphores, celle où s'opposent « nous » et « les autres ». D'un point de vue discursif, cette dichotomie offre un éclairage intéressant sur la construction identitaire que défend la première ministre. Comme élément ontologique de base des approches poststructuralistes, rappelons que le discours est une « matrice plus large des pratiques sociales qui donnent une signification à la compréhension que se font les gens d'eux-mêmes et de leur conduite » (George, 1994 : 29). Ainsi, à travers la séparation entre « nous » (nations d'Asie-Pacifique) et « les autres », le discours d'Ardern associe la Nouvelle-Zélande et ses voisins à l'*oikos* (la « maisonnée »; Peterson, 1992), c'est-à-dire à la sphère où il faut assurer l'ordre et la sécurité en évitant les intrusions des forces extérieures, en l'occurrence le virus. L'ordre et la sécurité sont indissociables de la coopération, c'est en substance le discours de Jacinda Ardern; une posture également partagée par son homologue taïwanaise.

### 2.3 Taïwan : l'esprit « combatif » de Tsai Ing-wen au service de l'expertise et de la coopération sanitaires

Interrogée en décembre 2020 sur la spécificité du modèle taïwanais, en particulier en matière de gestion d'épidémie, Tsai Ing-wen (élue en janvier 2016 et réélue quatre ans plus tard) confie qu'« [u]ne leçon de leadership majeure de la pandémie de COVID-19 est l'importance de créer un objectif commun. [...] Le leadership, c'est inspirer l'unité, ce qui a été la vraie clé de notre succès

dans le combat contre la COVID-19 » (Ts.2). La stratégie discursive de Tsai s'est également axée sur l'expertise du pays dans le domaine épidémiologique depuis la crise du SRAS en 2003 (Soon, 2020).

Les termes de « combat » et de « lutte » apparaissent comme les principales occurrences dans les discours de la présidente taïwanaise depuis le début la pandémie. L'esprit « combatif » qui caractérise donc ses discours se reflète dans la pratique avec l'établissement anticipé (dès le 5 janvier 2020) de mesures sanitaires strictes (dépistage systématique avec les outils moléculaires, repérage des personnes avec les nouvelles technologies, etc.). L'efficacité de la gestion de la crise sanitaire à Taïwan s'expliquerait ainsi selon la formule suivante : « action prudente, réponse rapide et déploiement précoce » (Ts.2). Afin d'illustrer cette approche, Tsai précise notamment qu'« avant que le monde ne sache qu'une pandémie pourrait survenir, [le pays avait] mis en place une quarantaine à bord de tous les vols provenant de Wuhan vers Taïwan » (Ts.1).

Outre cette approche préventive, le modèle taïwanais de gestion de crise repose aussi sur « l'échange d'expertise sur le contrôle des maladies pour affronter les défis de la COVID-19 » (Ts.3). Cette association montre à la fois la consolidation d'une figure d'exception – Taïwan se présentant comme à l'avant-garde de l'expertise scientifique et technologique, liant ainsi le combat à la fierté nationale – et une association directe entre le contrôle technologique et le contrôle des corps. Ce double discours lui permet de justifier les politiques de lutte contre la COVID-19, tout en réaffirmant une identité singulière qui vient interpeller son audience (Benziman, 2020) :

> Taïwan a mis au point un modèle très efficace pour lutter contre la COVID-19, et [je suis] convaincue que ce modèle garantira la santé et le bien-être des citoyens. (Ts.6)
>
> Heureusement, à Taïwan, nous nous appuyons sur l'expertise professionnelle, la confiance mutuelle et l'unité sociale pour combattre le virus ensemble. (Ts.1)

L'analyse des discours de Tsai dans le contexte de la crise sanitaire révèle aussi l'importance qu'accorde la présidente aux dynamiques collaboratives non seulement au sein même du pays, mais surtout avec les autres États. On remarque par exemple de très nombreuses références au « lien » (*bond*), à l'assistance mutuelle et au travail commun dans le « combat » que représente

la propagation de la COVID-19 : « [L]a pandémie a mis en relief l'importance de la coopération internationale » (Ts.6); « Durant cette pandémie, Taïwan et le Royaume-Uni ont largement collaboré pour les dons de fournitures et l'achat de vaccins. Notre assistance mutuelle tout au long de la pandémie témoigne de la force de nos liens. » (Ts.4)

Bien que la thématique des partenariats soit évoquée dans les discours des trois cas d'étude, la particularité du cas taïwanais repose sur le fait que le gouvernement de Tsai a déployé une diplomatie sanitaire sur des bases essentiellement bilatérales, n'étant pas membre de l'OMS. En effet, depuis la perte de son siège à l'ONU en 1971, Taïwan a tenté sans succès d'adhérer à l'agence de santé onusienne, sa candidature se voyant entravée par la République populaire de Chine. Cette dernière a toutefois autorisé Taïwan – alors dirigé par le Kuomintang[11] (parti nationaliste pro-Pékin) – à assister à l'Assemblée mondiale de la Santé en tant qu'observateur sous le nom de « Taipei chinois » de 2009 à 2016.

Le Japon est également apparu comme un partenaire privilégié de Taïwan durant la crise sanitaire. Les deux pays « ont entretenu leur amitié grâce à une préoccupation et à une assistance mutuelles [...] bien que temporairement séparés par la pandémie » (Ts.3). Si la notion « de préoccupation et d'assistance mutuelles » est utilisée par Tsai durant la crise sanitaire pour s'adresser à ses alliés européens comme asiatiques, le rôle structurel de l'amitié renvoie néanmoins à des implications politiques différentes. Tandis que la coopération avec le Royaume-Uni concernant les vaccins et les dons d'équipements médicaux s'étend aux questions de « démocratie, de droits de la personne et de libre-échange » (Ts.4), la relation entre Taïwan et le Japon concerne plutôt des enjeux de sécurité humaine. Ces deux États ont en effet collaboré lors de la pandémie pour rapatrier leurs citoyens (« *cooperating to bring citizens of both our countries back home* » [Ts.3]). Tout comme Jacinda Ardern, le discours de gestion pandémique de Tsai renvoie à l'image de la maisonnée (*oikos*), dont les occupant·es (les citoyen·nes) représentent les objets-référents de sécurité.

## Conclusion

Plusieurs similarités apparaissent entre les pratiques discursives des trois dirigeantes durant la pandémie. Ainsi, à l'instar de son homologue néo-zélandaise, Tsai Ing-wen a adopté une approche centrée sur la bienveillance

en insistant sur le *care*. La construction du virus comme ennemi vise, dans la pratique, à identifier les personnes les plus vulnérables afin de combattre les dynamiques d'exclusion et de marginalisation :

> Bien que la pandémie ait entraîné l'annulation de la plupart des rassemblements et activités dans le monde, elle n'a pas perturbé les efforts humanitaires de Taïwan pour soutenir les personnes vulnérables. Je pense que l'exclusion et la marginalisation sont les plus grands ennemis d'une culture du *care* et les plus grands obstacles à la poursuite de la paix. La gouvernance internationale ne doit pas être poursuivie selon la loi de la jungle, où les forts s'attaquent aux faibles. (Ts.5)

Ce sont surtout des valeurs de compassion et d'empathie qui sont mobilisées dans les discours de Tsai Ing-wen dans sa gestion de la pandémie. L'adoption d'une « rhétorique positive » ne peut toutefois résumer à elle seule la gestion de crise mise en place dans les trois pays étudiés. En Nouvelle-Zélande par exemple, une stratégie discursive axée sur la bienveillance s'est pourtant combinée avec des mesures restrictives. Le 18 août 2021, Jacinda Ardern a annoncé le reconfinement total de la population à la suite de la découverte d'un seul cas déclaré de COVID-19 (BBC, 2021), réaffirmant ainsi une approche préventive forte (« *be strong*[12] ») et orientée vers la protection des frontières. Entre le début de l'année 2020 et le mois d'août 2021, le leadership politique en Islande, en Nouvelle-Zélande et à Taïwan s'est illustré par des capacités d'anticipation et de prévention efficaces, dont témoigne le faible taux d'incidence comparativement aux autres pays développés[13].

La pandémie de COVID-19 a exacerbé les insécurités relevant normalement du privé ou de l'intime, qu'elles soient de nature corporelle – contact, contagion, fragilité, vulnérabilité – ou affective – confinement, distanciation, deuil, souffrance (Anctil Avoine et Coenga-Oliveira, 2020). L'analyse de ces insécurités est au cœur des postulats féministes poststructuralistes en RI. L'objectif de cet article était de préciser si, dans un contexte de crise sanitaire, les dirigeantes politiques en Islande, en Nouvelle-Zélande et à Taïwan ont cadré leurs discours sur ces insécurités ou si, à l'inverse, elles ont reproduit les analogies guerrières comme certains de leurs homologues masculins. En effet, une récente étude consacrée aux discours de Donald Trump et de Vladimir Poutine durant la pandémie de COVID-19 souligne qu'ils ont mobilisé des narratifs genrés et un imaginaire patriarcal dans leur définition de la menace afin de se présenter comme les « protecteurs » de leurs nations respectives (Kuteleva et Clifford, 2021).

L'analyse de notre corpus montre d'abord que le registre de l'affrontement et de la lutte est convoqué seulement dans les discours de Tsai Ing-wen. Cela étant, aucune occurrence du mot « guerre » n'est apparue dans les textes des trois dirigeantes et, notamment en ce qui concerne la présidente taïwanaise, cette posture de « combat » s'équilibre avec « un esprit de compassion et d'empathie, montrant que Taïwan peut aider, car [il a] partagé [son] expérience réussie de la maîtrise du virus avec les pays du monde entier » (Ts.5). La bienveillance représente également une thématique centrale dans les discours de Jacinda Ardern, au même titre que l'inclusion (à travers la défense de l'égalité de genre) dans ceux de Katrín Jakobsdóttir.

La pandémie de coronavirus a mis en relief la nécessité de réorienter les lourds budgets militaires – *politique d'agression* – vers des investissements dans la santé, l'éducation et les services publics – *politique du* care (The Care Collective, 2020). L'adoption d'une posture théorique féministe post-structuraliste nous a permis d'approfondir les répercussions discursives du caractère performatif du genre. Nous constatons donc que les discours de Jakobsdóttir, d'Ardern et de Tsai durant les 18 premiers mois de la pandémie ont « subjectivé » leur position de « femmes » sur la scène nationale et internationale. Aussi, il faut se demander si, en inscrivant leur gestion de la crise sanitaire dans des thématiques d'action publique étiquetées comme « féminines » (compassion, empathie, coopération), leurs discours n'ont pas *in fine* renforcé l'agentivité genrée de ces cheffes d'État.

Les apports scientifiques d'une lecture féministe poststructuraliste de la pandémie s'apprécient sur plusieurs plans. D'abord, les différents cas d'étude ont mis en évidence le caractère systémique des relations de pouvoir inhérentes au cadrage des discours politiques, en particulier la manière dont la reproduction des binarités genrées influence les récits (*narratives*) de gestion de crise et les constructions/représentations des insécurités. Ensuite, les trois cas d'étude ont souligné que les identités politiques (re)produites par les dirigeantes durant la crise sanitaire (modèle égalitariste, société bienveillante et pays partenaire-ami) sont intrinsèquement liées à leur « position assujettie » dans la gouvernance globale, en raison précisément des relations systémiques de pouvoir dans la politique mondiale[14]. Si les politicien·nes ne peuvent jamais être « libres » du discours dominant et de son pouvoir, les féministes poststructuralistes nous rappellent qu'ils et elles peuvent négocier, contester et transformer les positions qu'ils et elles occupent. En effet, à l'intérieur même des normes de genre qui façonnent la politique globale, les

trois dirigeantes ont montré qu'elles pouvaient défier certains stéréotypes des discours dominants sur les femmes politiciennes. Surtout, elles ont contesté les narrations dominantes en mettant à l'ordre du jour politique des problèmes sociaux majeurs tels que la violence conjugale, la nécessité du *care* collectif ou encore les inégalités structurelles. Nous revenons ainsi à la problématique ontologique de l'agentivité qui, de différentes manières, informe la plupart des projets théoriques en RI et en études de sécurité.

Une annexe du corpus des discours cités dans l'article est consultable à l'adresse https://lsp.inrs.ca/article-mouton-et-anctil-avoine-annexe/.

—

## Bibliographie

Ackerly, Brooke A., Maria Stern et Jacqui True. 2006. *Feminist Methodologies for International Relations*, Cambridge, Cambridge University Press.

Aggestam, Karin et Jacqui True. 2021. « Political Leadership and Gendered Multilevel Games in Foreign Policy », *International Affairs*, 97, 2 : 385-404.

Åhäll, Linda. 2018. « Affect as Methodology: Feminism and the Politics of Emotion », *International Political Sociology*, 12, 1 : 36-52.

Anctil Avoine, Priscyll et Danielle Coenga-Oliveira. 2020. « Des valeurs féministes pour l'après », *Magazine de l'Acfas*, 25 mai : 9-10. <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2020/05/valeurs-feministes-travail-soins-COVID-19>. Page consultée le 1er mars 2022.

Anderlini, Sanam Naraghi. 2020. « Women Peace and Security in the Time of Corona », *LSE Women, Peace and Security Blog*, 25 mars. <https://blogs.lse.ac.uk/wps/2020/03/25/women-peace-and-security-in-the-time-of-corona/>. Page consultée le 15 août 2021.

Austin, John L. 1962. *How to Do Things with Words. The William James Lectures Delivered at Harvard University in 1955*. Oxford, Oxford University Press.

Basty, Florence. 2008. « La sécurité humaine : un renversement conceptuel pour les relations internationales », *Raisons politiques*, 32, 4 : 35-57.

BBC. 2021. « New Zealand Enters Nationwide Lockdown over One Covid Case », 17 août. <https://www.bbc.com/news/world-asia-58241619>. Page consultée le 26 août 2021.

Beier, J. Marshall. 2005. *International Relations in Uncommon Places. Indigeneity, Cosmology, and the Limits of International Theory*. New York, Palgrave McMillan.

Benziman, Yuval. 2020. « "Winning" the "Battle" and "Beating" the COVID-19 "Enemy": Leaders' Use of War Frames to Define the Pandemic », *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 26, 3 : 247-256.

Birtles, Bill. 2020. « Taiwan's Iron Cat Lady Tsai Ing-wen and Her "Cute" Campaign to Keep the Presidency », *ABC News*, 10 janvier. <https://www.abc.net.au/news/2020-01-11/taiwans-iron-cat-lady-tsai-ing-wen-and-her-cute-campaign/11851644>. Page consultée le 12 janvier 2022.

Branicki, Layla J. 2020. « COVID-19, Ethics of Care and Feminist Crisis Management », *Gender, Work & Organization*, 27, 5 : 872-883.

Butler, Judith. 1988. « Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory », *Theatre Journal*, 40, 4 : 519-531.

Butler, Judith. 1990. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York, Routledge.

D'Aoust, Anne-Marie et Priscyll Anctil Avoine. 2019. « Féminisme », dans Alex Macleod et Philippe Bonditti (dir.). *Relations internationales. Théories et concepts*. 4e édition. Outremont, Athéna éditions : 202-204.

Daoudi, Salma. 2020. *The War on COVID-19: The 9/11 of Health Security ?* Rabat, Policy Center for the New South.

Elshtain, Jean Bethke. 1987. *Women and War*. New York, Basic Books.

Enloe, Cynthia H. 1989. *Bananas, Beaches and Bases: Making Feminist Sense of International Politics*. 1re édition. Londres, Pandora.

Fierke, Karin M. 2007. *Critical Approaches to International Security*. Cambridge, Polity.

Foucault, Michel. 1969. *L'archéologie du savoir*. Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des sciences humaines ».

Foucault, Michel. 1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des histoires ».

George, Jim. 1994. *Discourses of Global Politics: A Critical (Re)introduction to International Relations*. Boulder, Lynne Rienner.

Hansen, Lene. 2006. *Security as Practice: Discourse Analysis and the Bosnian War*. New York, Routledge.

Jerlström, Molly. 2020. *At War with an Invisible Enemy: A Critical Feminist Analysis of the COVID-19 Pandemic Narrative*. Mémoire de maîtrise. Stockholm, Swedish Defence University.

Kuteleva, Anna et Sarah J. Clifford. 2021. « Gendered Securitisation: Trump's and Putin's Discursive Politics of the COVID-19 Pandemic », *European Journal of International Security*, 6 : 301-317.

Mahdawi, Arwa. 2020. « The Secret Weapon in the Fight Against Coronavirus: Women ». *The Guardian*, 11 avril. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/11/secret-weapon-fight-against-coronavirus-women>. Page consultée le 26 mai 2020.

Martin de Almagro, Maria. 2018. « Lost Boomerangs, the Rebound Effect and Transnational Advocacy Networks: A Discursive Approach to Norm Diffusion », *Review of International Studies*, 44, 4 : 672-693.

Maxwell, Daniel N., Trish M. Perl et James B. Cutrell. 2020. « "The Art of War" in the Era of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) », *Clinical Infectious Diseases*, 71, 16 : 2215-2217.

Ministère de la Santé, Gouvernement de la Nouvelle-Zélande. <https://www.health.govt.nz/our-work/diseases-and-conditions/covid-19-novel-coronavirus/covid-19-data-and-statistics/covid-19-current-cases>. Page consultée le 31 août 2021.

Mohammed, Shan, Elizabeth Peter, Tieghan Killackey et Jane Maciver. 2021. « The "Nurse as Hero" Discourse in the COVID-19 Pandemic: A Poststructural Discourse Analysis », *International Journal of Nursing Studies*, 117 : 1-11.

Mouton, Gauthier et Priscyll Anctil Avoine. 2019. « Études critiques de sécurité », dans Alex Macleod et Philippe Bonditti (dir.). *Relations internationales. Théories et concepts*. 4e édition. Outremont, Athéna éditions : 490-494.

Newman, Saul. 2005. *Power and Politics in Poststructuralist Thought: New Theories of the Political*. Londres, Routledge.

Paillé, Pierre et Alex Mucchielli. 2021. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin.

Peterson, V. Spike. 1992. « Security and Sovereign States: What Is at Stake in Taking Feminism Seriously », dans V. Spike Peterson (dir.). *Gendered States: Feminist (Re)visions of International Relations Theory*. Boulder, Lynne Rienner : 31-64.

Pettman, Ralph. 2000. *Commonsense Constructivism or the Making of World Affairs*. New York/Londres, M.E. Sharpe.

Rashid, Mufassir. 2020. « A Poststructuralist Inquiry into Pandemic and Politics: Why Method Matters ? », *International Journal of Law and Politics Studies*, 2, 2 : 25-29.

Robinson, Fiona. 2011. *The Ethics of Care: A Feminist Approach to Human Security*. Philadelphia, Temple University Press.

Schiavo, Renata. 2020. « Vaccine Communication in the Age of COVID-19: Getting Ready for An Information War », *Journal of Communication in Healthcare*, 13, 2 : 73-75.

Sèze, Jérôme de et Christine Lebrun-Frenay. 2020. « COVID-19, the Pandemic War: Implication for Neurologists », *Revue Neurologique*, 176 : 223-224.

Shepherd, Laura J. 2010. *Gender Matters in Global Politics. A Feminist Introduction to International Relations*. New York/Londres, Routledge.

Shepherd, Laura J. 2021. *Civil Society, Care Labour, and the Women, Peace and Security Agenda: Making 1325 Work*. New York/Londres, Routledge.

Sjoberg, Laura. 2009. « Introduction to Security Studies: Feminist Contributions », *Security Studies*, 18, 2 : 183-213.

Smith, Karen E. 2021. « Emotions and EU Foreign Policy », *International Affairs*, 97, 2 : 287-304.

Soon, Wayne. 2020. « From SARS to COVID-19: Rethinking Global Health Lessons from Taiwan », *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal*, 14, 4 : 647-655.

Stern, Maria. 2011. « Gender and Race in the European Security Strategy: Europe as a "Force for Good" ? », *Journal of International Relations and Development*, 14, 1 : 28-59.

Stern, Maria. 2016. « Poststructuralist Feminism in World Politics », dans Jill Steans et Daniela Tepe-Belfrage (dir.). *Handbook on Gender in World Politics*. Edward Elgar, Cheltenham : 33-40.

Stoakes, Emanuel. 2021. « New Zealand's Lockdowns Have Been a Disaster for Some. As They Lift, Another Threat Looms », *NBC News*, 31 octobre. <https://www.nbcnews.com/news/world/covid-19-new-zealand-changes-coronavirus-policy-indigenous-groups-maor-rcna4119>. Page consultée le 13 janvier 2022.

Sylvester, Christine. 1994. *Feminist Theory and International Relations in a Postmodern Era*. Cambridge, Cambridge University Press.

The Care Collective. 2020. *The Care Manifesto: The Politics of Interdependence*. New York, Verso.

Tickner, J. Ann. 1988. « Hans Morgenthau's Principles of Political Realism: A Feminist Reformulation », *Millennium*, 17, 3 : 429-440.

Université John Hopkins. *Coronavirus Resource Center*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Page consultée le 31 août 2021.

Van de Velde, Cécile et Anne Perriard (dir.). 2021. Dossier « Émotions et politique », *Lien social et Politiques*, 86 : 4-224.

Wenham, Clare. 2021. *Feminist Global Health Security*. Oxford, Oxford University Press.

Wibben, Annick T. R. (dir.). 2016. *Researching War: Feminist Methods, Ethics and Politics*. New York/Londres, Routledge.

Wise, Jacqui. 2021. « COVID-19: How AstraZeneca Lost the Vaccine PR War », *BMJ*, 373, 921 : 1-3.

Zalewski, Marysia. 2007. « Do We Understand Each Other Yet ? Troubling Feminist Encounters with(in) International Relations », *The British Journal of Politics and International Relations*, 9, 2 : 302-312.

## Notes

1 Les auteur·es tiennent à remercier tout spécialement Kathryn Orcasita Benitez pour son travail de compilation des discours.

2 Ce qui renforce la capacité d'Emmanuel Macron à s'incarner dans ce discours de guerre.

3 La *compétence linguistique* renvoie à qui est autorisé à parler d'un sujet ou qui peut prendre part au débat. Sur les enjeux de sécurité, empiriquement, certains acteurs sont plus à même d'être mieux informés, d'avoir une légitimité constitutionnelle basée sur leur *capital politique*, et d'avoir un accès privilégié aux médias de masse.

4 Dans le sillage des travaux de John Searle, John L. Austin (1962) souligne que les actes de langage sont davantage performatifs que constitutifs. En somme, l'acte du langage vise d'abord à différencier un événement d'un autre, à classer ou à catégoriser les phénomènes.

5 Au moment d'écrire cet article, il existait peu de sources scientifiques sur la question, ce qui explique le recours à des données de seconde main.

6 Islande : <https://www.government.is/ministries/prime-ministers-office/prime-minister/katrin-jakobsdottirs-spe eches-and-articles/>; Nouvelle-Zélande : <https://www.beehive.govt.nz/speeches>; Taïwan : <https://english.president.gov.tw/Page/35>. Pages consultées le 1er mars 2022.

7 Les féministes en RI ont montré que le genre est constitutif des affaires internationales (Sjoberg, 2009). Par exemple, le domaine de la santé est un catalyseur de cette fracture genrée. Clare Wenham (2021) identifie le schisme entre les discussions publiques internationales sur la sécurité sanitaire et les expériences concrètes des femmes en la matière. Cette séquence aurait, selon l'auteure, débuté avec l'épidémie du virus Zika en 2015 – particulièrement dangereux pour les femmes enceintes –, et a conduit à des initiatives internationales en faveur de l'égalité de genre telle que Global Health 50/50.

8 Katrín Jakobsdóttir a été ministre de l'Éducation, des Sciences et de la Culture et de la Coopération nordique de 2009 à 2013.

9 Cette perception est aussi largement alimentée par les autres pays occidentaux, qui tendent à considérer les pays scandinaves comme les plus avancés sur le plan des rapports hommes-femmes.

10 En dépit de cette approche centrée sur les populations marginalisées, proportionnellement à l'ensemble de la population néo-zélandaise, les communautés autochtones ont été les principales victimes de la pandémie, en ce qui concerne le nombre de cas et de décès (Stoakes, 2021).

11 Parti politique fondé en 1912 par Sun Yat-sen (Sun Zhongshan) dans le Guangdong, il remporte les premières élections après la chute de la dynastie Qing (1644-1912).

12 « *Be strong, be kind* » a été le mantra d'Ardern durant la crise sanitaire et un de ses slogans électoraux lors de la dernière campagne, qui a conduit à sa réélection.

13 Taux d'incidence pour 100 000 personnes selon les données de l'Université John Hopkins en date du 31 août 2021 : Islande (3 181,25); Nouvelle-Zélande (75,61); Taïwan (67,18). Pour d'autres pays : Autriche (7 663); Colombie (9 648); États-Unis (11 940); France (10 475); Israël (12 512); Royaume-Uni (10 101); Suède (11 168).

14 Les binarités genrées sont véritablement structurantes dans la reproduction des identités politiques des dirigeant·es et dans l'attribution de leur « position assujettie ». Après la passation de pouvoir à la chancellerie allemande et le départ d'Angela Merkel, les « hommages » et les titres de la presse en Europe faisant référence à la figure maternelle ont été nombreux. À Taïwan, c'est le statut de femme célibataire de Tsai Ing-wen qui a nourri les critiques, ce qui n'a pas empêché la présidente d'en jouer lors de la dernière campagne électorale en prenant la pose avec son chat (Birtles, 2020).

# Note de recherche. La crise de la COVID en France : de l'entracte de la politique à un changement d'ordre politique ?

**CLAUDE GILBERT**

Directeur de recherche émérite — Centre national de la recherche scientifique (CNRS), PACTE, Sciences Po Grenoble

**EMMANUEL HENRY**

Professeur de sociologie — Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (IRISSO), Université Paris-Dauphine, Université Paris Sciences & Lettres (PSL), Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

—

## Note de recherche. La crise de la COVID en France : de l'entracte de la politique à un changement d'ordre politique ?

Dans cette note de recherche, nous proposons de prolonger le travail que nous avions impulsé au cours des années 2010 autour de l'analyse comparée des crises sanitaires (Gilbert et Henry, 2021)[1]. Notre objectif était de voir comment l'analyse de ces crises permettait de mieux comprendre les modes de construction et de prise en charge des problèmes publics. Nous voulions également apprécier l'impact qu'avaient ces crises sur les secteurs de la santé, les plus immédiatement concernés, et plus largement sur différentes instances politico-administratives. Les recherches sur les crises en sciences sociales, et en particulier sur les crises dites sanitaires, ont mis en lumière les mécanismes conduisant à percevoir et à gérer les problèmes de santé publique comme des crises relevant de l'urgence. Elles ont notamment montré qu'une crise de santé publique ne se distingue pas par ses caractéristiques particulières, mais par les configurations d'acteurs dans lesquelles elle est

prise en charge, configurations qui orientent sa définition soit vers l'idée d'un problème routinier, soit vers celle d'un problème exceptionnel de nature critique. Les observations effectuées lors de la crise de la vache folle avaient par exemple bien mis en évidence comment un même problème pouvait, selon les configurations d'acteurs, être appréhendé soit comme un problème devant faire l'objet d'un traitement administratif routinier, soit comme un problème politique nécessitant une prise en charge par les plus hauts responsables de l'État (Alam et Nollet, 2011). Plus globalement, cette question renvoie aux logiques de politisation des problèmes sociaux (Lagroye, 2003), aux conditions d'émergence des problèmes publics suivant les acteurs qui s'en saisissent (Gilbert et Henry, 2012) ou, à l'inverse, aux différentes logiques conduisant à la production de ce que l'on peut désigner comme des non-problèmes (Henry, 2021).

En nous appuyant sur ces analyses, nous proposons d'explorer de nouvelles pistes de recherche pour mieux comprendre ce qui s'est joué lors de cette nouvelle crise sanitaire liée à la COVID. S'agit-il d'une crise organisationnelle, provoquée par les modes de structuration du champ de la santé publique ou les modes de décision propres aux acteurs politico-administratifs ? D'une crise politique, compte tenu des critiques adressées aux gouvernements, des polémiques et débats qui se sont déroulés ? Ou bien la crise de la COVID signale-t-elle des changements de plus long terme, conduisant dès lors à nous interroger sur son éventuel caractère exceptionnel ?

## La crise liée à la COVID : une crise organisationnelle ?

L'une des premières dimensions qui intriguent concernant la crise de la COVID est le contraste entre le travail intense de préparation aux crises sanitaires de grande ampleur qui a caractérisé la première décennie du XXIe siècle et la tenace impression d'impréparation du gouvernement comme de l'administration à la pandémie de coronavirus.

La fin des années 1990 et le début des années 2000 sont en effet marqués par une montée en puissance de la notion de *preparedness* à l'échelle transnationale (Lakoff, 2017). Aux États-Unis, où cette notion est particulièrement mobilisée, elle pousse à se préparer aux scénarios de pandémies de grande ampleur, souvent perçues comme pouvant être d'origine criminelle ou terroriste. Cela conduit parfois à reléguer au second plan le risque sanitaire lié à la pandémie en tant que telle (Zylberman, 2013). Dans ce pays, le développement

de la recherche sur des crises de différentes natures (à la suite de catastrophes naturelles ou d'accidents industriels) a été favorisé par le rapprochement effectué avec des situations de guerre (Gilbert, 1992). En France, le principe de *preparedness* inspire des plans nationaux de prévention et de lutte contre une éventuelle pandémie, qui sont régulièrement publiés jusqu'en 2011. Se projetant principalement dans des pandémies liées au virus de la grippe, ces plans anticipent méthodiquement les différentes dimensions des crises pandémiques, dont celle liée à la COVID constituera un des exemples. Ils soulignent entre autres la nécessité de pouvoir toujours disposer d'un stock suffisant de masques comme de différents types de produits biomédicaux, y compris de médicaments comme les antiviraux. Ces plans soulignent que les épidémies se développent souvent par vagues (de plusieurs semaines, voire plusieurs mois) et que leur gestion peut donc s'étaler sur plusieurs années. Dans de nombreux documents publiés au cours de cette période, l'accent est mis, au-delà de la dimension sanitaire, sur la poursuite des activités économiques et sociales. Lors des recherches ayant accompagné ces travaux, une attention particulière avait été portée aux acteurs de la société civile au sens large, notamment aux acteurs économiques devant assurer la continuité des services, comme la grande distribution chargée de l'approvisionnement en biens de première nécessité (Gilbert, 2007). La dépendance vis-à-vis des approvisionnements à l'étranger avait aussi été pointée comme un problème potentiel (Torny, 2012).

Lorsque la crise liée à la COVID émerge, fin 2019, l'état de préparation qui caractérisait la décennie 2000 semble déjà lointain. Des articles journalistiques ont même évoqué une situation de désarmement, rappelant par exemple la responsabilité des acteurs politiques dans la décision de détruire des stocks de masques afin de limiter les frais de stockage, y compris après le début de l'épidémie de COVID[2]. Or, la question de l'absence d'anticipation des risques ou celle de l'oubli institutionnel face aux risques sanitaires peut s'expliquer différemment. Certes, l'épidémie de H1N1 de 2009, qui avait donné lieu à des campagnes de vaccination massives pour une épidémie dont la gravité s'est avérée plus faible que celle anticipée, a joué un rôle important dans ce processus. Plus fondamentalement sans doute, il faut souligner que la mobilisation ayant eu lieu autour de la menace d'une pandémie grippale jusqu'en 2010 a correspondu à un moment où, pour des raisons diverses, différents organismes et administrations, collectivités locales ou grandes entreprises, avaient tous un intérêt à se saisir de cette question. S'est ainsi créée ponctuellement une conjoncture particulièrement favorable aux

interactions et aux collaborations, y compris avec le milieu de la recherche en sciences sociales. Cependant, une fois cette convergence d'intérêts passée, cette question a quitté l'agenda gouvernemental aussi rapidement qu'elle s'y était inscrite, les acteurs la relayant auprès de différents organismes ayant été écartés ou s'étant intéressés à d'autres questions.

D'autres hypothèses issues de la sociologie des organisations avaient été avancées dans le cas de la canicule de 2003 pour expliquer pourquoi certains signaux d'alerte n'ont pas été pris en compte ou pourquoi certaines informations sont restées cantonnées dans certains espaces sociaux (Vassy, Dingwall et Murcott, 2008). Cependant, l'hypothèse de causes plus systémiques reste à étudier, notamment en lien avec les transformations contemporaines des administrations et les conséquences des réformes de l'État menées depuis les dernières décennies (Bezes, 2009). Dans quelle mesure les administrations concernées ont-elles connu des transformations de leur organisation et de leur management qui ont réduit leurs capacités à suivre durablement certains dossiers ? Comment a évolué le taux de renouvellement parmi les responsables des administrations du ministère de la Santé au cours des dernières décennies ? Quelles ont été les évolutions des budgets affectés aux questions de préparation aux pandémies durant la même période ? Voici une série de questions auxquelles seule une étude systématique de l'administration de la Santé permettrait de répondre. Or, durant les deux dernières décennies, l'attention des politistes et sociologues s'est surtout portée sur les agences d'expertise créées à partir de la loi de sécurité sanitaire de 1998 (Benamouzig et Besançon, 2005), l'hôpital (Juven, Pierru et Vincent, 2019) et les administrations déconcentrées (Pierru, 2020), sans que soient analysées les conséquences à long terme de ces transformations sur l'administration centrale du ministère de la Santé ni sa tendance historique à se limiter aux enjeux liés au curatif et à délaisser ceux liés à la prévention (voir, dans ce sens, Gaudillière, Izambert et Juven, 2020).

Le caractère organisationnel de la crise liée à la COVID a également été souligné par des chercheurs qui se sont attachés aux processus décisionnels, en particulier lors de la première phase de la crise sanitaire (Bergeron *et al.*, 2020). Dans cette perspective, la crise est mise sur le compte des défaillances de l'État et des administrations publiques, qu'il s'agisse de l'impréparation (malgré des menaces de crise sanitaire auparavant identifiées), de la lenteur à prendre en compte la menace émergeant en Chine, y compris lorsqu'elle est aux portes de la France (comme en Italie), de la mauvaise gestion des

moyens pour y faire face (masques, tests) ou de l'insuffisante association des différents partenaires (collectivités locales, entreprises, etc.). Cette approche conduit aussi à critiquer des décisions prises sans référence à des plans préétablis (malgré des efforts faits en ce sens à l'occasion de la grippe aviaire). Ce constat est partagé par un grand nombre d'acteurs : les opposants politiques, les commentateurs dans de nombreux médias et sur les réseaux sociaux, mais aussi de nombreux autres chercheurs en sciences sociales qui, soulignant la dimension organisationnelle de cette crise, pointent notamment les effets pervers de sa gestion sur le mode de l'urgence.

Sont particulièrement critiquées les modalités d'association de la science et de l'expertise à la décision politique (Henry *et al.*, 2015) : plutôt que de s'appuyer sur les diverses instances d'expertise existantes en santé publique, la présidence de la République et le gouvernement ont préféré instaurer un conseil scientifique *ad hoc*. Dans un premier temps, on assiste ainsi à un effacement du politique derrière une instance scientifique dictant les décisions à prendre (comme ce fut le cas pour la décision de maintenir le second tour des élections municipales en juin 2020). Puis, dans un deuxième temps, le Conseil scientifique COVID-19 est marginalisé, laissant les mains libres à l'exécutif pour décider, sans aucune contrainte de publicité, par l'intermédiaire du Conseil de défense et de sécurité nationale et son Conseil de défense sanitaire. Certes, ces processus décisionnels donnent lieu à des débats parlementaires parfois passionnants, ainsi que le furent par exemple ceux portant sur la loi du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire qui instaure le passe sanitaire. Cependant, compte tenu du mode de fonctionnement de la Ve République, ils ne s'accompagnent d'aucun grand suspense, l'exécutif faisant aisément adopter les mesures décidées dans le secret du Conseil de défense.

## La crise liée à la COVID : une crise politique ?

Pour l'essentiel, les travaux des chercheurs en sociologie de l'action publique s'attachent à la dimension organisationnelle des crises ou tout au moins aux modalités de leur prise en charge par les pouvoirs publics[3]. Cela semble assez logique au vu des perspectives de recherche et des outils d'analyse dont dispose cette communauté. Cette approche paraît ainsi suffire pour rendre compte de ce qui se joue à travers la crise de la COVID. Or, n'y a-t-il pas là un biais d'analyse, sachant que le caractère politique ou non de cette crise n'est pas vraiment interrogé alors que, de prime abord, tout devrait conduire à le faire ? En effet, la gestion de la crise liée à la COVID a de toute

évidence mis en difficulté les gouvernants. L'exécutif et les administrations publiques ont été confrontés à de sévères critiques qui ne se situaient pas uniquement sur le plan gestionnaire, mais se focalisaient notamment sur certains « mensonges d'État » (comme les discours dans les premiers mois de la pandémie dissuadant du recours aux masques pour éviter la pénurie), sur la communication gouvernementale et ses effets d'annonces parfois contradictoires et dont la rationalité a souvent été difficile à justifier (la non-régulation des jauges des lieux de culte ou la distinction entre manger debout ou assis dans les restaurants, parmi d'autres exemples), sur des privations de liberté sous couvert d'état d'urgence comme le recours aux attestations de circulation, sur l'usage de certains instruments comme le passe sanitaire dans le but essentiel d'orienter les comportements sans prendre en compte les inégalités sociales aggravées par exemple par les choix de l'imposer pour des pratiques touchant les catégories sociales les plus privilégiées (comme l'usage du TGV) sans le rendre obligatoire dans les transports en commun. Bref, il semble qu'il y ait aujourd'hui un large consensus pour reconnaître que les gouvernants se sont heurtés à un vaste mouvement de défiance, voire de perte de confiance de la part de la population. Ce phénomène n'est certes pas nouveau, de nombreuses autres crises sanitaires (sida, vache folle, amiante, canicule, etc.) ayant contribué à l'instaurer. Mais tout porte à penser que la crise liée à la COVID l'a fortement amplifié, surtout lorsqu'elle s'est conjuguée avec d'autres problèmes. Ainsi, les soulèvements contre la vaccination en Guadeloupe s'inscrivent dans un mouvement plus général de remise en cause des modalités de gestion des risques sanitaires en contexte postcolonial, dont la gestion du chlordécone a montré le peu de cas qu'on faisait de la santé des populations locales (Ferdinand et Jas, 2022).

Or, dans le cas de la COVID, on n'est pas vraiment en présence d'une crise politique dans le sens où, malgré l'abondance, la vivacité et la répétition des critiques, il n'y a pas de remise en cause directe de la légitimité des gouvernants (Dobry, 1986). Qui plus est, aucun parti d'opposition, aucune coalition politique, aucun groupe contestataire n'a paru prêt ou capable de profiter de cette situation pour déstabiliser le pouvoir en place ou appeler à des changements plus structurels. Ceux qui ont tenté de le faire, notamment dans les rangs de l'extrême droite, sont restés marginalisés dans le champ politique lorsqu'ils ont pointé ces problèmes. De fait, les critiques adressées à la gestion publique de la crise sont essentiellement restées d'ordre technique, comme s'il s'agissait d'une question située hors du champ politique, hors des clivages partisans, requérant une approche « dépolitisée » (Robert, 2021).

Diverses explications peuvent aider à comprendre pourquoi, malgré une défiance généralisée, le pouvoir n'a pas été davantage contesté. Certaines semblent assez évidentes : dans des situations graves mettant en péril l'intérêt général d'une collectivité et s'apparentant à des « situations de guerre », les conflits « internes » sont atténués par des phénomènes d'unité nationale. Provoquer des conflits ouverts est alors plus difficile, aussi bien pour les opposants politiques (apparaissant en rupture d'unité nationale) que pour les groupes contestataires (compte tenu des contraintes liées à la situation pandémique). Bref, on peut considérer que, pour différentes raisons, la suspension des luttes sociales et politiques s'impose d'elle-même, l'examen du bilan de la gestion de crise se trouvant *de facto* reporté.

Nous avancerons toutefois ici une autre hypothèse pour expliquer pourquoi, en dehors des raisons précédemment exposées, cette crise ne s'apparente pas totalement à une crise politique. Selon nous, elle pourrait en fait être le révélateur d'une transformation de l'espace politique qui s'opère de façon discrète, sans suffisamment attirer l'attention des politistes et sociologues. Comme nous l'avons déjà indiqué, l'évocation de l'intérêt supérieur de la santé publique, le « quoi qu'il en coûte » qui lui est associé, provoque une suspension du débat politique, ce qui mène à la régression des interrogations vers les dimensions techniques des enjeux et conduit ainsi à les dépolitiser (notamment en reléguant les voix discordantes aux extrêmes). Pour autant, des décisions ayant des dimensions politiques indéniables ont été prises, mais sans susciter de débat public ni *a fortiori* politique. C'est évidemment le cas des solutions apportées à la crise sanitaire qui ont été trouvées hors des enceintes de débat public, dans des espaces permettant le secret des délibérations (l'exemple le plus abouti étant le Conseil de défense). Ces processus renvoient à l'institutionnalisation et à la transformation contemporaine de la Ve République, entre autres marquées par le renforcement du rôle de son président (Lacroix et Lagroye, 1992; Dulong, 1997), et nettement accentuées durant la crise de la COVID. Mais c'est aussi et surtout sur d'autres enjeux, ne concernant pas expressément les questions sanitaires, que cette forme de décision politique « sans débat » s'est affirmée pendant la pandémie. Ainsi, de nouvelles orientations ont été données à des politiques publiques structurelles engageant la France pour plusieurs décennies dans des domaines aussi divers que les choix énergétiques, notamment dans le domaine du nucléaire, la conception de la sécurité publique, l'orientation des politiques de recherche, les modes de consommation, l'organisation du télétravail ou la numérisation

de la société. Toutes ces questions, pourtant au cœur de l'action publique et touchant aux structures même de la société, sont traitées dans un relatif silence public et institutionnel. Même si le Parlement en débat, il le fait, dans le contexte de cette Ve République, sans pouvoir véritablement infléchir les décisions et avec des relais publics limités, l'attention médiatique tendant à se focaliser sur la pandémie. Certes, les controverses sur certains enjeux importants sont toujours présentes : l'impératif écologique, le développement durable, certaines questions de société comme les inégalités hommes-femmes ou d'autres formes d'inégalités mises en évidence par l'évolution des mœurs. Mais, bien qu'ayant un caractère « politique », puisque portées par des organisations partisanes ou de grandes associations, ces interrogations sont de fait déconnectées des cercles d'acteurs intervenant directement sur les décisions publiques, ce que certains politistes désignent comme des sous-systèmes ou monopoles de politique publique caractérisant certains secteurs d'intervention publique (Baumgartner et Jones, 1993). Pour cette raison, les grandes controverses au cœur des débats publics, bien que s'affichant comme « politiques », se trouvent confinées et maintenues à distance des acteurs intervenant sur les décisions publiques et politiques.

La réflexion sur cette forme particulière de « dépolitisation » de l'action publique a jusqu'ici surtout été menée par la science politique anglaise, sans jamais avoir conduit à une discussion systématique dans une perspective comparée (Burnham, 2001; Flinders et Wood, 2014). Il s'agira donc de s'interroger sur les écarts existants entre débats publics et action politique effective, de même que sur la répartition et les modes de coexistence des questions traitées dans ces deux espaces. Une telle réflexion doit prendre en compte la désaffection qui gagne les partis politiques, comme la tendance à reporter sur des structures « non partisanes », voire sur des organisations revendiquant leur sortie du jeu politique, la publicisation de questions de société. Selon nous, approfondir et élargir cette réflexion doit être un des chantiers prioritaires de la science politique et de la sociologie.

Faut-il voir dans la crise liée à la COVID et sa gestion un nouvel avatar de « dé-démocratisation » des sociétés contemporaines, pour reprendre les termes de Wendy Brown (Brown, 2006) ? Faut-il aussi s'attendre à ce que les questions « dépolitisées » ou « apolitiques » se multiplient, à ce que les références à des définitions techniques ou à des valeurs perçues comme non discutables côtoient les changements structurels décidés à bas bruit ? Dans cette perspective, on peut se demander si cette crise relève d'une radicale

nouveauté ou si elle ne fait qu'accélérer une évolution sous-jacente avec une progressive mise à l'écart de la démocratie représentative et délibérative. La succession des recours à l'état d'urgence et leur normalisation dans le droit général – comme cela advient après chaque recours – peuvent ainsi apparaître comme les signes d'une évolution structurelle de nos sociétés. Ces recours et leur normalisation avaient déjà été observés à la suite des tensions dans certains quartiers en 2005, comme à l'occasion des attentats terroristes de 2015. Cette évolution conduirait vers une réduction progressive des libertés et droits individuels et une montée en puissance des impératifs de sécurité (Hennette-Vauchez, 2022).

L'hypothèse avancée ici est que la crise sanitaire associée à la COVID est à la fois exceptionnelle et ordinaire. Elle est exceptionnelle si l'on considère les réponses politiques apportées à la pandémie (confinement, mise à l'arrêt de l'économie, par exemple) et leurs effets sur l'ensemble des sociétés ainsi qu'à l'échelle de la planète. Dans ce sens, cette pandémie produit des effets du même ordre que ceux de la grippe espagnole et met en évidence l'extrême vulnérabilité des sociétés contemporaines. En détournant les propos de Bruno Latour, on pourrait dire qu'elle a contribué à faire « atterrir » nos sociétés, à lever ponctuellement le voile sur la réalité de leurs modes de fonctionnement, habituellement occultés, notamment les inégalités les caractérisant. Toutefois, cette crise apparaît beaucoup moins exceptionnelle si on considère qu'elle ne fait que précipiter des évolutions déjà très fortement présentes en isolant la « fabrication » des politiques touchant aux structures fondamentales de la société des enceintes de débat public, en la tenant à distance des controverses et des débats publics. Si cette hypothèse se confirmait, cela signifierait que cette expérience de la pandémie correspond non seulement à une mise à l'épreuve des sociétés, de leurs autorités, mais aussi à une expérimentation durable de modes de décision permettant de faire de la politique sans passer par les contraintes de la démocratie représentative ou délibérative – autrement dit, du point de vue des dirigeants politiques, à une manière d'agir sur le cours des choses sans subir les « inconvénients » de la démocratie. Ce qui, d'un point de vue citoyen cette fois, ne peut qu'inquiéter sur l'avenir de notre démocratie.

## Bibliographie

Alam, Thomas et Jérémie Nollet. 2011. « La crise de la vache folle fut-elle politique ? La "politisation apolitique" d'un enjeu transversal », article issu du XIe Congrès de l'AFSP (Association française de science politique), Strasbourg, 31 août-2 septembre 2011. <http://www.afsp.info/archives/congres/congres2011/sectionsthematiques/st23/st23.html>. Page consultée le 20 avril 2022.

Baumgartner, Frank R. et Bryan D. Jones. 1993. *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago, University of Chicago Press.

Benamouzig, Daniel et Julien Besançon. 2005. « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, 47, 3 : 301-322.

Bergeron, Henri, Olivier Borraz, Patrick Castel et François Dedieu. 2020. *COVID-19 : une crise organisationnelle*. Paris, Presses de Sciences Po.

Bezes, Philippe. 2009. *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*. Paris, Presses universitaires de France/Centre d'études et de recherches de sciences administratives et politiques, coll. « Lien social ».

Brown, Wendy. 2006. « American Nightmare: Neoliberalism, Neoconservatism, and De-Democratization », *Political Theory*, 34, 6 : 690-714.

Burnham, Peter. 2001. « New Labour and the Politics of Depoliticisation », *The British Journal of Politics and International Relations*, 3, 2 : 127-149.

Dobry, Michel. 1986. *Sociologie des crises politiques : la dynamique des mobilisations multisectorielles*. Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

Dulong, Delphine. 1997. *Moderniser la politique : aux origines de la Ve République*. Paris, L'Harmattan.

Ferdinand, Malcom et Nathalie Jas. 2022. « Habiter colonial, pollution et production d'ignorance », dans Soraya Boudia et Emmanuel Henry (dir.). *Politiques de l'ignorance*. Paris, Presses universitaires de France, coll. « laviedesidées.fr » : 69-80.

Flinders, Matthew et Matt Wood. 2014. « Depoliticisation, Governance and the State », *Policy & Politics*, 42, 2 : 135-149.

Gaille, Marie et Philippe Terral. 2021. *Pandémie : un fait social total*. Paris, CNRS éditions.

Gaudillière, Jean-Paul, Caroline Izambert et Pierre-André Juven. 2020. *Pandémopolitique. Réinventer la santé en commun*. Paris, La Découverte.

Gilbert, Claude. 1992. *Le pouvoir en situation extrême. Catastrophes et politique*. Paris, L'Harmattan.

Gilbert, Claude. 2007. *Les crises sanitaires de grande ampleur : un nouveau défi ?* Paris, La Documentation française.

Gilbert, Claude et Emmanuel Henry. 2012. « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, 53, 1 : 35-59.

Gilbert, Claude et Emmanuel Henry. 2021. « Crises sanitaires et mise en quarantaine de la politique », dans Cécile Robert (dir.). *Confiner la démocratie. Les dépolitisations de l'action publique*. Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, coll. « Espaces politiques » : 109-132.

Hennette-Vauchez, Stéphanie. 2022. *La démocratie en état d'urgence. Quand l'exception devient permanente*. Paris, Seuil, coll. « Le compte à rebours ».

Henry, Emmanuel. 2021. *La fabrique des non-problèmes : ou comment éviter que la politique s'en mêle*. Paris, Presses de Sciences Po.

Henry, Emmanuel, Claude Gilbert, Jean-Noël Jouzel et Pascal Marichalar (dir.). 2015. *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*. Paris, Presses de Sciences Po.

Juven, Pierre-André, Frédéric Pierru et Fanny Vincent. 2019. *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*. Paris, Raisons d'agir.

Lacroix, Bernard et Jacques Lagroye. 1992. *Le président de la République. Usages et genèses d'une institution*. Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

Lagroye, Jacques (dir.). 2003. *La politisation*. Paris, Belin, coll. « Socio-histoires ».

Lakoff, Andrew. 2017. *Unprepared. Global Health in a Time of Emergency*. Berkeley, University of California Press.

Pierru, Frédéric. 2020. « Agences régionales de santé : mission impossible », *Revue française d'administration publique*, 2, 174 : 385-403.

Robert, Cécile (dir.). 2021. *Confiner la démocratie. Les dépolitisations de l'action publique*. Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, coll. « Espaces politiques ».

Torny, Didier. 2012. « De la gestion des risques à la production de la sécurité », *Réseaux*, 171, 1 : 45-66.

Vassy, Carine, Robert Dingwall et Anne Murcott. 2008. « Comment analyser l'absence d'anticipation des risques ? Le cas de la canicule de 2003 en France », *Sociologie et sociétés*, 39, 1 : 161-179.

Zylberman, Patrick. 2013. *Tempêtes microbiennes. Essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique*. Paris, Gallimard, coll. « NRF essais ».

## Notes

1 Voir les archives du XIe Congrès de l'AFSP (Association française de science politique), Strasbourg, 31 août-2 septembre 2011 : « Section Thématique 23. Les crises de santé publique : une question politique ? ». <http://www.afsp.info/archives/congres/congres2011/sectionsthematiques/st23/st23.html>. Page consultée le 20 avril 2022.

2 Voir la série d'articles de Gérard Davet et Fabrice Lhomme, *Le Monde*, 3-7 mai 2020.

3 Ces approches n'épuisent évidemment pas celle des sciences sociales sur cette pandémie, comme le montre la synthèse de ces recherches proposée par Marie Gaille et Philippe Terral (2021).