

Sociograph n°55

Sociological research studies

Inventer le quotidien au temps du Covid-19: communiquer, soigner et organiser

Édité par Mathilde Bourrier, Michael Deml et Leah Kimber



FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
INSTITUT DE RECHERCHES SOCIOLOGIQUES



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

INVENTER LE QUOTIDIEN AU TEMPS DU COVID-19 : COMMUNIQUER, SOIGNER ET ORGANISER

**Édité par Mathilde Bourrier, Michael Deml et
Leah Kimber**

Contributeurs et contributrices :
Mathilde Bourrier, Jimmy Clerc, Océane Corthay,
Michael Deml, Margaux Dubois, Alexandrine
Dupras, Lucas Duquesnoy, Fantine Gicquel,
Katharina Jungo, Leah Kimber, Kamyar Kompani,
Claudine Kroepfli, Kate de Rivero et Annabella
Zamora

Sociograph n°55

Citation conseillée : Bourrier, Mathilde, Deml, Michael et Kimber, Leah (éds) (2022). *Inventer le quotidien au temps du Covid-19 : communiquer, soigner et organiser*. Genève : Université de Genève (Sociograph - Sociological Research Studies, 55)

ISBN : 978-2-940386-64-2

Publication sur Internet : www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
---------------	---

CHAPITRE 1. PANDÉMIE, APPRENTISSAGES SOCIOLOGIQUES ET TERRAINS D'ENQUÊTE	11
--	----

Mathilde Bourrier

PARTIE 1

COMMUNIQUER, ICI ET AILLEURS	29
------------------------------	----

CHAPITRE 2. CRISE DU COVID-19 : ANALYSE DES COMMUNIQUÉS DE PRESSE DE L'ALLEMAGNE, DE LA NORVÈGE, DU ROYAUME-UNI, DE LA SUÈDE ET DE LA SUISSE SUR LA SITUATION PRÉ-PANDÉMIQUE ET SUR LA SITUATION DU VARIANT ALPHA	31
---	----

Claudine Kroepfli

CHAPITRE 3. « RESTEZ À LA MAISON » : LA COMMUNICATION DES AUTORITÉS SANITAIRES SUISSES ET BRITANNIQUES SUR LES MÉDIAS SOCIAUX PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19	79
---	----

Kamyar Kompani

ET PENDANT CE TEMPS... : DISPATCH DE JORDANIE	119
---	-----

Alexandrine Dupras

PARTIE 2

PRÉSERVER LES SOINS ET ASSURER LEUR CONTINUITÉ	137
---	------------

CHAPITRE 4. LA CONTINUITÉ DES SOINS PRIMAIRES PENDANT UNE PANDÉMIE : LA PRÉPARATION D'UNE ÉTUDE EN TOUTE URGENCE	139
---	-----

Michael Deml et Katharina Jungo

CHAPITRE 5. QUAND L'INFORMATION DEVIENT LE SOIN : LA RELATION PATIENT-E/MÉDECIN RECONFIGURÉE À L'ÈRE DU COVID-19	155
--	-----

Fantine Gicquel

CHAPITRE 6. À LA RECHERCHE DE LA CATÉGORIE À RISQUE À L'ÈRE DU COVID-19	189
--	-----

Margaux Dubois

PARTIE 3

ORGANISER L'ESSENTIEL ET LE RESTE	219
--	------------

CHAPITRE 7. LA QUESTION DE L'ESSENTIEL AU TRAVAIL : LE COVID-19 A-T-IL VRAIMENT REBATTU LES CARTES ?	221
---	-----

Mathilde Bourrier et Leah Kimber

CHAPITRE 8. PRIS PAR LA VAGUE, LES EMS EN PREMIÈRE LIGNE FACE AU COVID-19	265
---	-----

Kate de Rivero

CHAPITRE 9. QUAND L'AIDE ALIMENTAIRE REBAT LES CARTES DE L'ACTION SOCIALE : AU CŒUR DE LA GESTION DE CRISE AUX VERNETS	309
--	-----

Océane Corthay et Lucas Duquesnoy

CHAPITRE 10. UN DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE FACE AUX ENJEUX DE LA CONTINUITÉ PÉDAGOGIQUE	343
--	-----

Jimmy Clerc

CHAPITRE 11. LA VIE ACTIVE DES MUSÉES FERMÉS AUX PUBLICS : UNE ÉTUDE SOCIOLOGIQUE EN TEMPS DE CRISE SANITAIRE	379
---	-----

Annabella Zamora

CONCLUSIONS SI PROVISOIRES	415
----------------------------	-----

Michael Deml et Mathilde Bourrier

ACRONYMES

AES : Association des Étudiants en Sociologie
AGPSY : Association Genevoise des Psychologues
AMS : Association des musées suisses
ARE : Auxiliaire de Recherche et d'Enseignement
ASLOCA : Association suisse des locataires
BIHAM : Institut de soins primaires de l'Université de Berne
BIS : Bureau d'Informations Sociales
BSN : Bureau de la Stratégie Numérique
BZgA : Centre fédéral d'éducation pour la santé
CDC : Centers for Disease Control and Prevention Nord-américain
CER : Collaborateurs/trices de l'enseignement et de la recherche
CERC : Crisis and Emergency Risk Communication
CERN : Centre Européen de Recherche Nucléaire
COPIL : Comiteeee de pilotage
CSP : Centre social protestant
DCSS : Département de la Cohésion Sociale et de la Solidarité de la Ville de Genève
EHCL : Emerging Health Care Leaders
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS : Établissements Médico Sociaux
FEGEMS : Fédération genevoise des établissements médico-sociaux
FNS : Fonds national de recherche suisse
HUG : Hôpitaux universitaires de Genève
INSP : Institut national de la santé publique

MOOC : Massive Open Online Course
MSF : Médecins sans frontières
NHS : National Health Service
NHS UK : National Health Service UK
OECD : Organisation de coopération et de développement économiques
OFS : Office fédéral de la statistique
OFSP : Office fédéral de la santé publique
OMS : Organisation mondiale de la Santé
ONG : Organisations non-gouvernementales
ORCOC : Organe communal de coordination et de conduite
PIB : Produit intérieur brut
PNR : Programme national de recherche
RHT : Horaire de travail
RKI : Institut Robert Koch
STIC : Système et Technologies de l'Information et de la Communication
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication
UNIGE : Université de Genève
VPN : Virtual Private Network

REMERCIEMENTS

Une publication comme celle-ci a réclamé beaucoup d'efforts et d'énergie d'un nombre important de personnes et d'institutions. Nous souhaitons ici les remercier chaleureusement de leurs concours respectifs.

Notre Département de Sociologie a permis qu'une équipe encadrante de choc soit montée à l'automne 2020 avec Alexandrine Dupras et Leah Kimber. Elle fût complétée grâce au projet norvégien PAN-FIGHT et l'embauche pour plusieurs mois de Michael Deml. Michael a aussi déposé généreusement, dans cette même corbeille, un morceau de son projet obtenu dans le cadre du Programme national de recherche (PNR) 74 avec Katharina Jungo. Grâce à Leah – et sa quête éperdue des « énigmes » dans les premiers travaux des étudiant-es, à Michael – et son légendaire plan de publication structuré et ramassé, et grâce à Alexandrine – et son incroyable sens du flux des projets, les tracas de l'enseignement à distance en pleine pandémie n'ont pas eu raison de ma joie de transmettre et d'enseigner. Un grand merci à l'Institut de recherches sociologiques et plus spécialement à Blaise Dupuis pour son écoute et son pragmatisme face aux vents contraires qui soufflent parfois sur les recherches. La possibilité offerte par le Département de Sociologie à l'automne 2021 d'embaucher des auxiliaires de recherche et d'enseignement a permis à Kamyar Kompani et Océane Corthay de nous aider à finaliser la confection de ce manuscrit. Nous souhaitons également remercier les participants et les participantes de nos quatre focus groups : ils et elles nous ont permis d'éclairer de multiples réalités des Cantons de Genève et de Vaud, à un moment où en pleine seconde vague, l'atmosphère était bien triste

et les temps incertains. Enfin un immense merci au groupe étudiant en Master cette année académique 2020-2021, qui a travaillé sur ce projet en pleine tourmente pandémique avec courage, conviction et loyauté.

CHAPITRE 1. PANDÉMIE, APPRENTISSAGES SOCIOLOGIQUES ET TERRAINS D'ENQUÊTE

Mathilde Bourrier

INTRODUCTION

En 2019, une étrange maladie frappe les habitant-es de Wuhan en Chine. En décembre 2019, les autorités sanitaires chinoises établissent qu'il s'agit d'un SARS-Cov 2 à l'origine de cas de pneumonies graves. Ce virus de la famille des coronavirus est nouveau. Il se répand rapidement et frappe les personnes fragiles, particulièrement les ainé-es. Il est mortel. Il n'y a pas de traitement. Il n'y a pas de vaccin. L'origine de son émergence fait encore débat, mais il est établi qu'il s'agit d'une zoonose transmise depuis un réservoir animal vers la population humaine. La Chine prend alors des mesures draconiennes et jamais employées à cette échelle : elle établit un cordon sanitaire étanche avec la région de Wuhan et confine des millions de personnes pour des semaines, leur enjoignant de respecter des consignes d'isolement d'une rigueur exceptionnelle.

Pendant ce temps-là, les autres pays observent attentivement et commencent à prendre des mesures légères en janvier et février 2020. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est aux aguets. Le 30 janvier 2020, le Directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus qualifie la flambée de ce nouveau coronavirus d'urgence de santé publique de portée internationale. À ce stade, en dehors de la Chine, on ne recense que 98 cas et aucun décès dans 18 pays. Quatre pays – outre la Chine encore une fois – disposent d'éléments probants établissant le fait d'une

transmission interhumaine (huit cas) : il s'agit de l'Allemagne, des États-Unis d'Amérique, du Japon et du Vietnam.

En ce qui concerne l'Europe et donc la Suisse, ce n'est véritablement que quand l'Italie du Nord se découvre touchée et rapidement submergée par le nombre de malades infecté-es, et qu'elle ferme à son tour le 9 mars 2020 des territoires entiers et ses frontières, qu'une prise de conscience s'opère.

Les choses s'enchaînent rapidement et le 11 mars 2020, l'OMS se décide à passer du qualificatif « d'épidémie » à celui de « pandémie ». Une incroyable cascade de décisions s'ensuit qui restera dans les manuels d'histoire : un à un les pays européens déclarent un confinement et enjoignent leurs populations à rester chez elles. Des pans entiers de la société s'arrêtent : école, travail, sport, culture, commerces, tourisme, cultes. En Suisse, le Conseil fédéral décide de prendre de telles mesures le 13 mars 2020. Pour de nombreuses activités, le basculement s'opère rapidement en ligne, et le télétravail s'installe ; comme une évidence, parfois, comme un nouvel apprentissage, aussi. Pour d'autres, en revanche, la composition avec des mesures sanitaires drastiques oblige à réorganiser de façon importante les activités. La « sidération », la « stupeur », la « surprise totale », et le « choc » dominent parmi les qualificatifs employés pour rendre compte de la situation vécue, sans égale depuis la Seconde Guerre mondiale. Les autoroutes habituellement encombrées aux heures de pointe sont vides. Le ciel est vide, les avions sont cloués au sol et le trafic aérien au plus bas. Les frontières sont quasiment fermées, entre continents, mais également au sein des pays d'un même bloc régional. C'est le cas de l'espace Schengen, qui retrouve l'usage de frontières, abandonnées depuis 2007. Les institutions scolaires – de la crèche à l'université –, les magasins, les restaurants, les entreprises, les résidences pour aîné-es ferment *sine die*. L'objectif n'est pas ici de retracer les étapes de cette incroyable période, mais de camper quelques éléments qui ont conduit les auteur-es de ce manuscrit à travailler sur cette crise mondiale sans précédent.

UN CADRE DE RECHERCHE RAPIDEMENT CONSTRUIT

LES DÉBUTS DE L'HISTOIRE

Au tout début du mois de mars 2020, Mathilde Bourrier est contactée par Michael Deml : impossible de passer à côté de ce qui apparaît déjà comme une crise sanitaire d'ampleur, lui présente-t-il. Mathilde Bourrier vient de publier l'année précédente, avec ses collègues Claudine Burton-Jeangros et Nathalie Brender, un livre issu d'une recherche financée par le Fonds national de recherche suisse (FNS) sur la gestion des épidémies : « Managing the Global Health Response to Epidemics, Social Science Perspectives ». Les chapitres du livre prennent pour exemples les plus récentes crises épidémiques : le SARS en 2003 ; la grippe A (H1N1) en 2009-2010 et l'épidémie à virus Ebola en 2014-2016. L'histoire de ce livre et les difficultés au moment de sa finalisation, en particulier avec les expert-es de l'OMS – pourtant parties prenantes depuis le départ du projet –, n'ont pas laissé que de bons souvenirs à Mathilde Bourrier. Une certaine lassitude quant au milieu de la santé globale, surtout liée à la difficulté d'y pratiquer des enquêtes sereinement, habite la sociologue des organisations (Bourrier, 2017). Les constantes négociations des années précédentes pour pénétrer les arcanes de l'OMS, ou encore les coûts d'accès à l'enquête de terrain aux Center for Disease Control and Prevention à Atlanta, témoignent de ces défis permanents. Bien sûr, ce monde est passionnant, mais les conditions dans lesquelles il est possible d'y enquêter sont si frustrantes parfois, qu'elles mettent à rude épreuve les nerfs des amoureux et des amoureuses des enquêtes de terrain de type ethnographique. En mars 2020, reprendre le chemin de l'analyse des crises sanitaires via des enquêtes ethnographiques ne semble pas une option.

Cependant, Michael Deml, ancien étudiant du master en sociologie, et fraîchement docteur en épidémiologie et en santé publique depuis le 13 mars 2020 (cela ne s'invente pas !), journée durant laquelle il soutient une thèse sur l'hésitation vaccinale à l'Université de Bâle, trouve des arguments et insiste. Il explique qu'il est évident qu'il faut monter quelque chose et tenter des soumissions à différents appels à projets, notamment les projets « urgence-Covid-19 » qui fleurissent dans tous les pays d'Europe. Mathilde hésite. Michael se montre convaincant. La perspective de devoir organiser un atelier de recherche pour les étudiant-es du master en sociologie de l'Université de Genève pèse également dans la balance : pourquoi ne pas utiliser le format de l'atelier pour mieux comprendre les bouleversements dont on ne perçoit que les débuts en mars 2020 ? Banco !

Les articulations de l'atelier : un kaléidoscope de projets

Graduellement, l'architecture de cet atelier de recherche en master se met en place et prend pour titre « la crise du coronavirus à l'épreuve d'un retour d'expériences sociologiques multidimensionnel ». Le projet d'ensemble vise à articuler des travaux de recherche autour de trois axes, fruits de différentes propositions. En effet, durant l'été 2020, plusieurs projets de recherche soumis à différents instruments de financement aboutissent.

Axe 1 : l'aventure norvégienne

En mai 2020, une soumission à l'appel d'urgence norvégien est acceptée : le projet « Fighting pandemics with enhanced risk communication : Messages, compliance and vulnerability during the Covid-19 outbreak (PAN-FIGHT) » est financé par le conseil de la recherche norvégien pour deux ans. Mathilde Bourrier est chargée du « Work Package 1 », consacré à un état des lieux des

capacités formelles de réponses aux pandémies dans cinq pays européens : la Norvège, l'Allemagne, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse. Michael Deml est engagé sur ce projet comme post-doctorant consultant, et toute une équipe se monte en Norvège et en Écosse pour travailler dans un premier temps sur la question de la préparation aux crises épidémiques de ces cinq pays, puis, sur celle de la forme qu'ont prise leurs différentes réponses tout au long de l'année 2020. Il s'agit de comparer les mesures sanitaires décidées par ces cinq pays européens, et de documenter les philosophies et régimes de communication de risques associés dans le cadre des épidémies.

Comment les différents pays étaient-ils grésés et organisés en cas de pandémie et qu'ont-ils mis en place ? Quelles sont les caractéristiques des stratégies de communication des gouvernements et des autorités sanitaires dans les cinq pays, à la fois dans une perspective comparative et en relation avec les stratégies officielles proposées par l'OMS ? Cette recherche constitue un premier pan de réflexion. De manière générale, ce fil rouge visant à proposer une analyse *ex-ante* puis *ex-post* guide les efforts de l'atelier de recherche.

Axe 2 : interroger la continuité des soins

En parallèle, Michael Deml est également porteur d'un projet avec sa collègue Katharina Jungo de l'Institut de soins primaires (BIHAM) de l'Université de Berne. Il s'agit de collecter et d'analyser le retour d'expérience de certains groupes considérés comme à risque de présenter des formes graves en cas de Covid-19 (par exemple, les individus âgés de 65 ans ou plus, atteints de cancer, souffrant de maladies cardiovasculaires, de maladies chroniques respiratoires telles que l'asthme, dont le système immunitaire est déprimé, ou présentant du diabète ou de l'hypertension artérielle) et qui ont eu recours aux soins primaires pendant la pandémie. Les expériences des médecins, qui

s'exposent au risque d'être contaminé-es et sont également confronté-es à la possibilité de contaminer leurs patient-es considéré-es à risque, sont aussi interrogées.

Dans un contexte où les messages venant des autorités sanitaires – du type « restez chez vous » – ne sont pas en adéquation avec la nécessité pour beaucoup de patient-es à risque de sortir pour bénéficier d'une continuité des soins nécessaire au maintien de leur santé, une série de questions se pose : Comment les fournisseurs des soins primaires ont-ils continué, ou pas, à offrir des soins aux patient-es considéré-es à risque d'avoir des conséquences graves liées aux Covid-19 en Suisse ? Comment ces patient-es ont-ils/elles vécu la nécessité, ou non, d'avoir recours à ces professionnel-les de la santé pendant la pandémie ?

Axe 3 : documenter les modes dégradés et alternatifs dans les organisations

Enfin, Mathilde Bourrier souhaitait revenir sur ses travaux concernant les conditions d'émergence et de félicité des « modes dégradés » et alternatifs dans les organisations (Bourrier, 2020). Un vocable qui faisait écho aux mondes du haut-risque (nucléaire, aviation, chimie...) où le terme est couramment employé pour envisager des situations qui sont anticipées et préparées pour certaines d'entre elles, tandis que d'autres portent en elles cette partie de bricolage lévi-straussien, à la racine des réflexions sur la résilience, la fiabilité et la robustesse organisationnelles (Bourrier, 2001 ; Weick et Sutcliffe, 2001). Les modes dégradés et leur gestion sont à l'origine de tout un agenda de recherche qui depuis 30 ans vise à percer premièrement les conditions d'émergence de stratégies improvisées mais sûres, et deuxièmement les conditions de leur développement, c'est-à-dire comment travailler la question de la préparation aux surprises en amont (La Porte, 2018).

La mise en place des mesures sanitaires au sein des organisations de travail de toutes natures ont vu fleurir des modes alternatifs de travail visant à assurer « l'essentiel », « le minimum », « l'incompressible » et « l'indispensable ». Mais de quoi sont faites les missions critiques et essentielles d'une organisation, celles que ses membres doivent protéger au maximum ? Qui décide de ce qui est essentiel ? Comment chaque individu participant d'une organisation ajuste son rapport au travail pour se confronter à l'essentiel du métier, de la fonction, de la profession ? Cet ajustement est-il toujours aligné avec les exigences de l'organisation pour laquelle l'individu travaille ? L'idée dans cette recherche est de commencer à recueillir des informations par secteur d'activités, en utilisant des entretiens individuels, des entretiens de groupes et en réalisant des études de cas par organisation. L'ultime objectif est de proposer une analyse des facteurs qui influencent la mise en place de modes alternatifs, dégradés ou au contraire sources de bénéfices futurs. Assurer l'essentiel quoiqu'il arrive : qu'est-ce c'est ? Pour qui ? Et comment savoir ce qui est essentiel ?

DANS LA FABRIQUE DE L'ATELIER

Depuis une quinzaine d'années, la maîtrise de sociologie de l'Université de Genève offre chaque année un ou des ateliers de recherche, sous la forme de la réalisation de A à Z d'une enquête collective. Menés sur des sujets divers, ces travaux d'enquête sont reliés aux thématiques de prédilection des professeur-es du Département qui encadrent les travaux des étudiant-es.

LE NOYAU DUR DE L'ÉQUIPE AU DÉFI DE L'ENSEIGNEMENT À DISTANCE

Dans le cas qui nous occupe, une équipe a pu se monter. En sus de Michael Deml, deux autres personnes ont rejoint l'équipe :

Leah Kimber, post-doctorante au Département de sociologie est venue prêter main-forte pour travailler sur les questions organisationnelles autour de l'émergence des activités essentielles. Alexandrine Dupras, assistante-doctorante du Département de l'instruction publique au Département de sociologie, est venue en soutien aux travaux portant sur les stratégies internationales de réponse à la pandémie.

Michael Deml a également invité ponctuellement quelques collègues à rejoindre le groupe (Katharina Jungo, Shana Bertato, Yael Rachamin et Julie Dubois), essentiellement dans le cadre de la recherche menée sur les patient-es à risque et les médecins durant l'année 2020.

En septembre 2020, forte de tous ces projets en tête, l'équipe encadrante a fait la rencontre des étudiant-es inscrit-es à l'atelier pour l'année académique 2020-2021. C'est toujours un moment unique, dans la mesure où, durant un an, étudiant-es comme équipe encadrante doivent cheminer ensemble pour parvenir à mettre en musique un manuscrit final, véritable témoignage de longues heures de mise au point, d'entretiens, d'observations, de lectures, de transcriptions, d'analyses et de rédactions. Des itérations nombreuses, des hésitations inévitables, et des résistances attendues ponctuent le quotidien de l'atelier. En effet, l'idée de ce *learning by doing* est de faire ressentir toute la part d'incertitude qui ne manque pas de jalonner les étapes d'une recherche, où les surprises, bonnes et mauvaises sont légion.

De surcroît, cette saison 2020-2021 de l'atelier aura été, comme la précédente d'ailleurs, unique en son genre. En effet, la Suisse, comme de nombreux autres pays, a été frappée par la deuxième vague de la pandémie. Ayant commencé le semestre d'automne en présentiel, dès novembre 2020, l'atelier de recherche a par conséquent dû se poursuivre à distance, par visioconférence. La suite du cours a été marquée par des rencontres en visio hebdomadaires jusqu'à la pause de Noël. Le semestre du printemps s'est ensuite poursuivi de la même manière au grand

dam de toute l'équipe. Mais dès le mois d'avril 2021, le Conseil fédéral ayant assoupli les mesures, l'Université a permis l'octroi de dérogations afin que de petites classes puissent se réunir, tout en respectant les mesures sanitaires en vigueur. C'est donc avec joie que l'équipe a pu enfin se retrouver en présentiel dès le 28 avril 2021 pour finir le semestre avec des séances hybrides.

Faire un cours à distance est une chose, et ce n'est déjà pas facile. Mais enseigner la pratique de la recherche à distance, ne pas disposer de salles où l'on peut usiner ses pièces sociologiques et faire fonctionner les tours de la sociologie à la manière d'un potier, conseiller en aparté, soutenir ceux et celles qui doutent ou qui sont découragés-es, rassurer les anxieux/euses, utiliser les bons vieux *paperboards* pour établir une chronologie sur le vif, échanger sourires et sodas, grignoter ensemble. Bref, travailler ensemble, collectivement, pour établir une narration plausible a représenté un tour de force. Bien sûr la distanciation physique, l'éloignement, la difficulté à simplement partager du temps ensemble sur les terrains d'enquête, l'impossibilité de se rencontrer en cours ont rendu la capacité à transmettre parfois moins directe et plus abstraite. Pourtant, nous avons la conviction que nous y sommes collectivement parvenu-es, et le présent manuscrit en est le témoignage le plus éloquent.

LES ÉTUDIANT-ES ET LEURS TERRAINS : CONJUGUER INTÉRÊTS ET OPPORTUNITÉS

Les étudiant-es se sont décidé-es à contribuer à telle ou telle sous-partie de ce programme de retour d'expériences selon leurs sensibilités, leurs intérêts et en fonction de leurs situations plus personnelles durant l'année. Trois groupes se sont dégagés en fonction des axes établis plus haut : le premier constitué de Kamyar Kompani et Claudine Kroepfli, tous les deux intéressés-es par la dimension de comparaison internationale de la communication de risque du projet norvégien ; le deuxième

constitué de Margaux Dubois et Fantine Gicquel, plus particulièrement intéressées par la recherche autour des relations médecins-patient-es à risque au temps du Covid-19 ; et enfin le troisième groupe constitué de Jimmy Clerc, Kate de Rivero, Océane Corthay, Lucas Duquesnoy et Annabella Zamora, plus particulièrement intéressé-es par les problématiques organisationnelles.

Ce Sociograph est organisé en trois parties en fonction des axes décrits plus haut. La Partie 1 « Communiquer, ici et ailleurs » propose une comparaison des régimes de communication des autorités sanitaires des pays inclus dans le projet PAN-FIGHT. Nous avons inclus dans cette partie également un dispatch d'Alexandrine Dupras qui a quitté la Suisse en janvier 2021 pour réaliser du terrain pour sa recherche doctorale en Jordanie. La Partie 2 : « Préserver les soins et assurer leur continuité » s'intéresse au vécu des personnes considérées à risque d'avoir des conséquences graves liées au Covid-19 et aux expériences et pratiques des médecins généralistes chargé-es d'assurer la continuité de leurs soins pendant la pandémie. La Partie 3 : « Organiser l'essentiel et le reste », par le biais de cas d'études variés, vise à questionner « l'essentiel » dans un monde bouleversé par la pandémie du nouveau coronavirus.

Ainsi, Claudine Kroepfli manifeste rapidement son intérêt pour la communication de risque, et tout particulièrement au travers de l'objet « communiqué de presse », un genre bien connu, désormais largement renforcé par la communication numérique sur les réseaux sociaux. Elle montre finement comment chaque pays a choisi de diffuser des éléments d'informations différents via les communiqués de presse, et ce, à deux moments charnières : les trois mois du début de l'année 2020 et les mois de bascule liés à la découverte du variant britannique. Cela ne laisse pas de surprendre : comment des pays européens proches en termes de niveaux de vie apparaissent finalement si différents dans leurs manières de communiquer les risques ? Son travail fait l'objet du chapitre 2.

Kamyar Kompani rejoint durant l'hiver 2020 le projet PAN-FIGHT, par le biais du « Work Package 1 », via son intérêt pour l'utilisation comparée de Instagram, Facebook et Twitter par les autorités de santé en temps de pandémie. Il compare la communication sur les réseaux sociaux des grands comptes nationaux de la Grande-Bretagne et de la Suisse. Là aussi, sa caractérisation des modalités d'utilisation de ces réseaux sociaux dessine des particularités bien intrigantes. Son analyse est partagée au chapitre 3.

Michael Deml et Katharina Jungo présentent dans le chapitre 4 la manière dont s'est construite la problématisation de la continuité des soins en temps de pandémie. En revenant sur les conditions pratiques dans lesquelles leurs travaux ont démarré, et en soulignant le caractère inédit de la période dans l'histoire des soins primaires, Katharina et Mike ouvrent la voie à une réflexion plus vaste sur la pratique de la médecine à distance. Les promesses de la télémédecine et de la médecine de surveillance ont-elles trouvé à s'actualiser dans la période que l'on vient de connaître ?

Fantine Gicquel et Margaux Dubois ont embarqué sur le projet de Michael Deml et Katharina Jungo. Toutes deux s'intéressent à la question des rapports entre médecins et malades, dans un contexte de pandémie propice à l'émergence de dynamiques de stigmatisation et d'assignation de catégories. Inspirées par l'héritage de la sociologie de la santé, elles documentent des situations sociales devenues emblématiques de la pandémie : Margaux Dubois revisite la question de l'assignation de la catégorie « à risque » ; Fantine Gicquel lève le voile sur le quotidien des médecins de premier recours et de leurs patient-es à risque de complications liées à la maladie. Leurs résultats sont détaillés aux chapitres 5 et 6.

Mathilde Bourrier et Leah Kimber reviennent dans le chapitre 7 sur cette question du travail et de l'essentiel dans les organisations. Cette pandémie fut aussi une crise du travail dans les organisations, du sens que les individus y mettent, et de la manière

de pratiquer leur activité professionnelle. En prendre la mesure dans une continuité sociologique est l'objet de leur analyse, basée sur des entretiens de groupe menés à distance avec des protagonistes de différents secteurs d'activités à Genève.

Kate de Rivero a manifesté, dès le départ, son intérêt à mieux comprendre le drame qui se déroulait dans les Établissements médico-sociaux (EMS). Un drame qui percutait tous les pays, notamment les pays européens, où une population âgée vit en lieu fermé. Elle s'engage alors à l'automne dans une longue quête pour être autorisée à rencontrer des personnels et des résident-es dans un EMS genevois. Comprendre et témoigner au plus près possible des tourments vécus à l'intérieur de cette institution et de ses solutions locales et contingentes – emblématiques de bien d'autres établissements fermés – guident ce travail rare, car basé sur une enquête de terrain, objet du chapitre 8.

Océane Corthay et Lucas Duquesnoy ont conjugué leurs intérêts pour les politiques sociales et ont choisi de s'atteler à l'analyse des circonstances dans lesquelles la distribution alimentaire d'urgence s'est organisée sur le site de la patinoire des Vernets à Genève. Les images de ces distributions du printemps 2020 ont circulé dans le monde entier. Revenir sur leur genèse et sur la manière dont le système d'aide sociale a pu apprendre et se reconfigurer dans et à la suite de cette crise est au cœur de leur analyse, présentée au chapitre 9.

Jimmy Clerc, auxiliaire de recherche et d'enseignement au Département de sociologie au semestre d'automne 2020 et mandaté par ce même département pour établir un retour d'expérience sur l'enseignement de la sociologie au temps du Covid-19 sur l'année 2020, a décidé d'approfondir cette thématique. Il s'est agi pour lui de mieux comprendre ce que les enseignant-es universitaires ont cherché à préserver lorsque tout a basculé en ligne. Qu'est-ce que « l'essentiel à préserver » quand un acte aussi profondément relationnel qu'est celui d'enseigner bascule en ligne ? Comment s'est organisée cette continuité

pédagogique, totalement improvisée ? Ses analyses font l'objet du chapitre 10.

Enfin, Annabella Zamora est durant cette année 2020-2021 stagiaire au Centre Européen de Recherche Nucléaire (CERN) au sein de l'unité en charge des expositions et de la médiation culturelle. Elle décide alors de saisir cette opportunité pour comprendre ce qui est arrivé au monde des musées romands durant la pandémie et détaille son enquête au chapitre 11.

FAIRE DE LA SOCIOLOGIE EN TEMPS DE PANDÉMIE

La gageure d'une telle aventure collective est bien sûr de faire tenir ensemble des travaux qui portent sur des mondes différents, à des échelles différentes et qui ont employé des méthodologies d'enquêtes différentes. L'objectif a toujours été de documenter au plus près possible des scènes sociales ce qui est arrivé durant cette pandémie. Maintenir le dialogue avec des communautés et des publics divers et rendre compte, témoigner, analyser et comprendre ont animé de bout en bout les membres de l'atelier. Michael Burawoy (2005) a autrefois forgé le terme de *Public Sociology*, pour inciter les sociologues universitaires à ne pas désertier l'engagement auprès des publics. Un esprit similaire a animé l'atelier.

Ce travail sociologique dans toutes ses imperfections est un témoignage vivant de la nécessité de donner du sens – au sens du psychosociologue Karl Weick (1995) – aux phénomènes qui ont bouleversé notre quotidien en l'espace d'une semaine. L'atelier fut aussi une entreprise de structuration de la pensée pour combattre cette impression d'être dominé par la situation et de ne rien pouvoir en faire. Chacun et chacune d'entre nous a pu modestement apporter sa pierre à cet édifice de collecte des faits, qui commence à peine, et que les historien-ne-s apprécieront peut-être dans plusieurs décennies. Non que de façon

prétentieuse ce texte voudrait passer à la postérité, mais qu'il puisse éclairer les dynamiques sociales à l'œuvre, certainement.

Chacun des chapitres reviendra sur la méthodologie spécifiquement employée, mais nous soulignons ici quelques éléments transversaux qui ont structuré ces travaux réalisés en temps de pandémie. La collecte des données a bien évidemment dû se plier aux circonstances. Hybride et inventive, elle a conjugué des formes classiques, créatives et palliatives dans d'autres cas.

Tout d'abord, la littérature scientifique que l'équipe a mobilisée a cadré les problématiques et orienté les apprenti-es-chercheur/euses sur certains types de questions. L'une d'entre elles a animé l'équipe de bout en bout : de quoi disposait-on en tant que sociologues pour penser un tel retour d'expériences ? Que savait-on des reconfigurations organisationnelles majeures prévues dans les plans pandémie ? Que savait-on des anticipations contenues dans ces plans ? À quoi ressemblait cette *preparedness* tant prônée par les autorités sanitaires mondiales ? À quoi avaient été exposé les acteurs/trices des mondes que nous allions croiser en termes de préparation aux crises majeures ?

Puis, l'étude de documents internes à certains services ou organisations, les publications sur les réseaux sociaux, les traces laissées sur les forums, les communiqués de presse, les enquêtes journalistiques, et les documentaires ont également constitué une matière permettant de contextualiser les interrogations. Pour certains membres de l'équipe, ils ont même constitué la matière première de leurs investigations : c'est le cas du chapitre de Kamyar Kompani portant sur une comparaison des principaux comptes Instagram, Facebook et Twitter des autorités sanitaires suisses et britanniques. C'est encore le cas de Claudine Kroepfli qui s'est intéressée à une comparaison des communiqués de presse des deux mois de janvier 2020 et 2021, respectivement moment de l'apparition du virus et de la détection de son variant anglais pour les cinq pays.

Dans d'autres cas, des entretiens en présence physique ont pu être organisés : c'est le cas dans l'enquête de Océane Corthay et Lucas Duquesnoy ; c'est aussi le cas dans celle de Jimmy Clerc, ou dans celle de Kate de Rivero. Bien sûr, et c'est une pratique qui s'est développée, des entretiens par visioconférence ont eu lieu, ou même simplement par téléphone, comme dans le cas des entretiens réalisés par Margaux Dubois et Fantine Gicquel, aidées par d'autres membres de l'équipe. Les entretiens via des logiciels de vidéoconférence ont conduit à des réflexions passionnantes : une étudiante du groupe confiant qu'elle ressentait un « aplatissement » de la relation entre étudiant-e et personne interviewée, atténuant ainsi les effets d'asymétrie de pouvoir. Un phénomène relaté dans la littérature également (Deakin & Wakefield, 2014 ; Janghorban et al., 2014). Ce que ces logiciels induisent comme différences avec des entretiens faits en présence, leurs avantages et leurs limites ont été méticuleusement soupesés. Par le biais de ces outils, c'est bien l'une des lois d'airain de la recherche de terrain en sociologie qui se voit brisée, bouleversée et reconfigurée : celle de la sacro-sainte proximité physique pour mieux installer l'empathie intersubjective, à la base de la possibilité même d'un échange de qualité.

Les immersions sur le terrain ont été presque impossibles. Il a fallu toute la ténacité de Kate de Rivero et des contacts privilégiés pour parvenir à passer les portes d'un EMS, et de pouvoir ainsi patiemment s'entretenir avec des personnels et des résident-es volontaires et désireux/euses de partager avec elle les événements traumatiques de l'année 2020.

Du point de vue des méthodes, le traditionnel questionnaire a conservé son attrait en temps de pandémie, dès lors qu'il peut être entièrement rempli à distance par l'enquêté-e. Ainsi, Jimmy Clerc a envoyé un questionnaire aux étudiant-es de sociologie de l'Université de Genève pour mieux comprendre leur réception des cours à distance. Les sociologues qui utilisent des méthodologies quantitatives semblent avoir moins souffert des effets de la pandémie pour réaliser leurs collectes que ceux

utilisant les méthodologies qualitatives, où immersion ethnographique et entretiens sur les lieux de vie et de travail ont été impossibles.

Enfin, nous avons expérimenté la tenue de *focus groups* par visioconférence. Dans le cadre notamment du sous-projet visant à enquêter sur l'émergence des modes alternatifs de travail, l'organisation de *focus groups* en ligne a représenté une forme de collecte inédite. La qualité des échanges, l'émotion qui transparaissait, l'engagement des enquêté-es ont constitué une réelle surprise. La mise à distance par l'outil ne produisait pas la froideur tant redoutée. Elle produisait de l'attention à l'échange, dans un espace sûr, où tous et toutes se sentaient légitimes à parler. Cependant, un élément important doit ici être ajouté. Il y a eu à n'en pas douter des conditions de félicité à la tenue de ces *focus groups*. Le fait que les membres invité-es faisaient partie d'un réseau d'interconnaissance proche, et/ou qu'ils et elles avaient participé à d'autres enquêtes sociologiques auparavant a sans aucun doute permis aux échanges de se tenir. Un véritable effet Hawthorne décuplé est sans doute ici à l'œuvre : en voulant maximiser les chances de succès de nos invitations et donc en fonctionnant par un réseau d'interconnaissances alimenté par l'équipe encadrante et le groupe étudiant, nous avons favorisé les conditions-mêmes de l'échange. La collecte demeure valide dans la mesure où, en conséquence, la profondeur des échanges frappe le lecteur et la lectrice des transcriptions. Cependant, il est fort probable que nous n'aurions peut-être pas reçu le même accueil avec des invité-es plus distant-es de nos réseaux ou inconnu-es au préalable. Ce serait à vérifier auprès d'autres collègues qui ont eu recours à la visioconférence pour la tenue de leurs *focus groups*.

CONCLUSION

En conclusion, embarquer dans l'atelier de recherche du master en sociologie durant l'année académique 2020-2021 a représenté une expérience inédite, tant pour l'équipe encadrante que pour le groupe d'apprenti-es chercheurs/euses. Il a fallu faire preuve de patience, d'ingéniosité, de créativité et de résilience dans un monde que certain-es qualifient de « turbulent » (Ansell, Sørensen & Torfing, 2020). Du point de vue de l'équipe tout entière, cette expérience a témoigné du Big Bang dans l'utilisation des outils de visioconférences tout au long d'un processus de recherche, où fatigue, démotivation et parfois dépression ont surgi de manière plus prépondérante que d'habitude. Toutefois, il serait malhonnête de caractériser ledit processus de recherche comme fondamentalement différent. Les problèmes d'accès au terrain, la reformulation de questions initiales à l'aune des données collectées, les moments de creux et à l'inverse les moments d'accélération dans la recherche ne sont pas des nouveautés. Il n'en demeure pas moins vrai, que la mise en abîme – enquêter sur la pandémie, en temps de pandémie – nous a propulsées dans une réflexivité des plus intenses qui transparait sans aucun doute tout au long de ce livre, porté d'un côté par les méthodologies développées et de l'autre par les questions saillantes du monde « en train de se faire » au temps de Covid-19.

BIBLIOGRAPHIE

Ansell, Christopher, Eva Sørensen, Jacob Torfing (2020). « The Covid-19 pandemic as a game changer for public administration and leadership? The need for robust governance responses to turbulent problems » » *Public Management Review* 23(7): 949-960.

Bourrier, Mathilde (2017). « Conditions d'accès et production de connaissances organisationnelles. Quelles possibilités de produire des connaissances contextualisées sur le fonctionnement du 'système de santé globale' ? » » *Revue d'anthropologie des connaissances* 11(4) : 11-4.

Bourrier, Mathilde (2001), *Organiser la fiabilité*. Paris : Editions L'Harmattan.

Bourrier, Mathilde, Nathalie Brender, Claudine Burton-Jeangros (éds.) (2019). *Managing the global health response to epidemics: Social science perspectives*. London: Routledge.

Burawoy Michael (2005). « For public sociology » *American Sociological Review* 70(1): 4-28.

Deakin, Hannah et Kelly Wakefield (2014). « Skype interviewing: Reflections of two PhD researchers » *Qualitative Research* 14(5): 603-616.

Janghorban, Roksana, Robab Roudsari et Aki Taghipour (2014). « Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research » *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 9(1): 1-3.

La Porte, Todd (2018). « Invited Essay: Preparing for Anomalies, Revealing the Invisible: Public Organizational Puzzles » *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy* 9(3): 258-277.

Weick, Karl (1995). *Sensemaking in organizations*. Sage.

Weick, Karl et Kathleen Sutcliffe (2001). *Managing the Unexpected*. San Francisco: Jossey-Bass.

PARTIE 1 :

**COMMUNIQUER,
ICI ET AILLEURS**

CHAPITRE 2. CRISE DU COVID-19 : ANALYSE DES COMMUNIQUÉS DE PRESSE DE L'ALLEMAGNE, DE LA NORVÈGE, DU ROYAUME-UNI, DE LA SUÈDE ET DE LA SUISSE SUR LA SITUATION PRÉ-PANDÉMIQUE ET SUR LA SITUATION DU VARIANT ALPHA

Claudine Kroepfli

RÉSUMÉ

Ce travail compare les communiqués de presse de cinq gouvernements (le gouvernement fédéral allemand, le gouvernement norvégien, le gouvernement fédéral suisse, le gouvernement suédois ainsi que le gouvernement du Royaume-Uni) au moment du début de la crise du Covid-19 et lors de l'apparition du variant Alpha. Après avoir mis en évidence les différents thèmes mentionnés dans les communiqués de presse, ces derniers – regroupés par gouvernement et par période – ont été classés selon une typologie divisée en trois catégories : « la communication informative », « la communication persuasive » et « l'incommunication ».

AUTOUR DES COMMUNIQUÉS DE PRESSE

« Nous avons par conséquent estimé que la Covid- 19 pouvait être qualifiée de pandémie » (OMS, 2020). C'est avec ces mots que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclare, le 11 mars 2020, à peu près un mois et demi après son premier rapport sur

la situation, que le Covid-19 est désormais une pandémie. Avant cette déclaration, des rapports journaliers sont publiés par l'organisation dans le but d'informer sur l'évolution de la situation et de partager des recommandations et des précautions à prendre au vu de la propagation du virus.

L'OMS étant, au niveau mondial, l'organe principal en charge du partage des informations relatives la crise sanitaire, qu'en est-il au niveau national ? Quelle a été l'appropriation de cette communication de crise faite par les États ? Quelles informations ont été mises en avant ? De quelle manière la gravité de la situation a-t-elle été appréhendée ? En partant du projet norvégien PAN-FIGHT, une recherche qui a pour but d'analyser les différentes stratégies de réponse à la pandémie de l'Allemagne, la Norvège, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse, je me suis proposée d'analyser les communiqués de presse de ces cinq pays. Pour ce faire, j'ai utilisé les notions de « communication persuasive », de « communication informative » et ai développé la notion « d'incommunication ». Ces notions proviennent de la littérature sur la communication de crise et de risque (Lavigne, 1995 ; Coleman, 2010). Je les ai adaptées, voire complétées pour les besoins mon étude. J'ai ensuite créé des typologies, dans le but de comparer les différentes manières qu'ont eu ces cinq pays de communiquer à travers les communiqués de presse.

Cette typologie me sera utile pour comparer la manière de communiquer par communiqués de presse de ces gouvernements, et ce, à deux moments distincts dans le temps. En effet, je m'intéresse, dans ce travail, à la période précédant le moment où le premier cas de Covid-19 a été déclaré au sein de chaque pays (cela s'étale du 16 janvier au 27 février 2020). La seconde période à laquelle je m'intéresse couvre les mois de décembre 2020 et janvier 2021 jusqu'au consensus de l'OMS, le 12 janvier 2021, sur la nécessité d'accroître les recherches au sujet du variant Alpha. Ainsi, la situation lors de la seconde période étudiée – se déroulant à une année d'intervalle de la première – peut être qualifiée de deuxième pandémie se déployant à l'intérieur de la première. La

situation d'incertitude radicale (Feinstein, 2020) qui caractérise ces deux temps forts constitue leur point commun. Feinstein définit ce concept comme « une situation lors de laquelle il est impossible de savoir, à un moment spécifique, ce qui serait normalement considéré comme essentiel à savoir pour des prises de décisions rationnelles » (p. 1105, traduction de l'auteure). Par la comparaison des deux moments, je cherche à mettre en évidence les changements qui ont eu lieu, ou non, dans les manières de communiquer.

Le but de cette étude est de documenter de la manière dont la situation pré-pandémique du Covid-19 ainsi que l'apparition du variant Alpha ont été abordées dans les communiqués de presse de l'Allemagne, de la Norvège, du Royaume-Uni, de la Suède et de la Suisse. Afin de répondre à cette question, j'appuierai mon analyse sur la littérature sur la communication de crise et la communication du risque.

LES COMMUNIQUÉS DE PRESSE : UN OBJET PRIVILÉGIÉ DE LA COMMUNICATION POLITIQUE EN CAS DE CRISES MAJEURES

Premièrement, les communiqués de presse sont importants par le fait qu'ils communiquent « sur les faits, avec la plus grande rapidité, ne serait-ce que pour dire que l'on est bien averti du problème » (Lagadec, 1996, p. 202), et cela d'autant plus lors d'un événement inattendu, tel que la crise sanitaire du Covid-19. C'est en répondant « aux six questions que se posent les journalistes : qui, quoi, où, quand, comment et pourquoi ? » (Lavigne, 2002, p. 187) qu'ils informent de la situation. À travers les communiqués de presse, il est également possible de faire parler des experts (Cally, 2015 ; Rossmann et al., 2018). En faisant cela, les gouvernements ajoutent de la crédibilité à leurs dires tout en divulguant des informations nouvelles.

Deuxièmement, selon Cally (2015), spécialiste en relations publiques, le contenu des communiqués de presse est d'autant plus important qu'il doit être clair et précis, puisqu'il doit être d'une longueur maximum d'environ deux pages. Les communiqués de presse doivent donc transmettre « une information neutre et objective relative à la vie d'une organisation » ainsi qu'une « information véritablement nouvelle et pertinente » (Cally, 2015, p. 78).

Troisièmement, les communiqués de presse sont très importants pour les journalistes, puisqu'il leur fournit une source de données importante (Herman, 2009 ; Cally, 2015 ; Rossmann, Meyer et al., 2018). Ces derniers étant intéressés par les dernières actualités (Cally, 2015), plus un communiqué de presse est complet, plus les journalistes peuvent écrire leurs articles rapidement sur la base de ces informations, plus l'information circule et plus la population est informée (Herman, 2009).

Le communiqué de presse est donc intéressant à analyser puisqu'il nécessite d'être court tout en étant précis. Il constitue l'une des sources primaires du contenu qui va être relayé par les journalistes dans la presse. Mais qu'en est-il du communiqué de presse en temps de crise ? En quoi est-il ou non différent ?

LA COMMUNICATION DE CRISE ET LA COMMUNICATION DE RISQUE : COMMUNIQUER SUR LA GESTION DE L'INCERTITUDE

En m'appuyant sur la littérature sur la communication de crise et celle sur la communication de risque, je cible plus particulièrement le cas où les communiqués de presse doivent aborder des situations telles que les crises sanitaires. Grâce à la communication de crise et de risque, la population devrait avoir une idée plus claire de la situation et ainsi savoir quelles décisions prendre. Dans le cas d'une situation nouvelle, où la santé de la population est en danger, il est alors important pour le public de

savoir, comme dans le contexte de la crise sanitaire d’Ebola, « non seulement que les masques peuvent être utiles, mais aussi quel degré de protection ils offrent, avant de décider de s’y fier ou non lorsqu’ils se rendent dans des lieux potentiellement contaminés » (Fischhoff et al., 2018, p. 71¹). Cependant, la communication de crise ne doit pas créer la panique. L’enjeu principal est, en effet, de « susciter la prise de conscience et l’inquiétude sans induire de comportement irrationnel² » (Rossmann et al., 2018, p. 358).

Aussi, la production de sens est un aspect important puisque, selon les informations fournies, la population est – ou n’est pas – en capacité d’évaluer sa responsabilité et ses marges d’actions (Weick, 1988). Transparence, confiance et écoute sont les maîtres mots dans la littérature sur la communication de risques et de crises vis-à-vis de populations touchées par des événements majeurs. Les pays où les autorités politiques sont créditées d’inspirer confiance à leur population parviennent à mieux gérer les crises ou du moins à en atténuer les effets délétères, notamment concernant la prolifération de rumeurs (Barrelet et al., 2013 ; Bourrier & Bieder, 2018). De nombreux experts du sujet ont montré combien cet effort de transparence de la part des gouvernements semble nécessaire afin que la population ait à sa disposition toutes les informations utiles pour prendre des décisions et faire confiance aux autorités (Wiig et al., 2018 ; Lu et al., 2020). De cette manière, une résilience face à un événement tel qu’une pandémie peut alors être construite puisque la population accordant sa confiance au gouvernement parvient à prendre des décisions par elle-même (Longstaff et Yang, 2008).

Les concepts de « communication informative » et de « communication persuasive » (Lavigne, 1995 ; Coleman, 2010) sont utiles lors de l’analyse des communiqués puisqu’ils permettent de caractériser leur contenu. Lors d’une communication « informative », le gouvernement donne le plus

●
¹ Notre traduction.

² Notre traduction.

d'informations possible à ses concitoyens afin qu'ils puissent d'eux-mêmes faire un état de la situation, et prendre par-là conscience de l'importance des événements. Dans le cas d'une communication « persuasive », le but est de mettre en avant le fait que le gouvernement gère la situation et que la population doit avant tout suivre les mesures décidées et recommandées (Lavigne, 1995 ; Coleman, 2010).

EXTRACTION DES COMMUNIQUÉS DE PRESSE

Dans le but d'analyser les communiqués de presse publiés lors d'une situation d'incertitude, les critères avec lesquels j'ai sélectionné les communiqués du début de la pandémie sont les suivants : i) ils sont parus avant la déclaration officielle de l'OMS qualifiant de pandémie l'épidémie de Covid-19 ; ii) ils mentionnent la pandémie ; iii) leur date de parution est antérieure au jour où le premier cas de contamination à l'intérieur du pays a été déclaré. Grâce à ces critères de sélection, il est possible d'identifier et d'analyser une situation caractérisée par une forte incertitude des gouvernements quant à la dangerosité du virus, mais également par la nécessité à laquelle sont confrontés ces derniers de prévenir leur population de la potentielle diffusion du virus sur leur territoire.

Les communiqués de presse sélectionnés commencent lors de la première mention du Covid-19, jusqu'au jour où le premier cas à l'intérieur du pays est déclaré. Ils ont donc été publiés entre le 16 janvier 2020 et le 27 février 2020. Les communiqués de presse

des gouvernements allemand³, suisse⁴ et britannique⁵ ont été trouvés grâce aux outils de recherche de communiqués disponibles sur leur site internet respectif. Pour les communiqués de presse norvégiens et suédois, ils sont issus des sites web de l'Institut norvégien de la Santé publique⁶ et de l'Agence de la Santé publique de la Suède⁷ ; deux organes auxquels renvoient les sites internet de ces deux gouvernements. Ces sites ont été sélectionnés, car ils sont les sites officiels des gouvernements ou qu'ils sont liés aux sites des gouvernements, et que l'on peut y trouver des communiqués de presse sur le Covid-19 et sur la manière dont il est prévu de gérer la situation. J'ai choisi de considérer des publications parues sur des sites gouvernementaux, certains d'entre eux renvoyant parfois au site des autorités sanitaires publiques du pays ou à celui du ministère des affaires étrangères. Malgré cette multiplicité de points émetteurs, ils seront tous considérés dans ce travail comme représentant la position des gouvernements de chacun des pays. D'un point de vue linguistique, les communiqués suisses, allemands et britanniques n'ont pas posé un problème puisque les deux premiers étaient disponibles en français et le troisième en anglais. Dans le cas de la Norvège et de la Suède, les sites proposent une version en anglais pour une majorité des



³ Le gouvernement fédéral, Matériel d'information du gouvernement fédéral, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen?view=> (consulté le 9/9/2021)

⁴ Le Conseil fédéral, Le portail du Gouvernement suisse, https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.html?dyn_startDate=01.01.2015&dyn_organization=1 (consulté le 9/9/2021)

⁵ GOV.UK, Actualités et communications (traduction de l'auteure), <https://www.gov.uk/search/news-and-communications> (consulté le 9/9/2021)

⁶ NIPH, Publications : <https://www.fhi.no/en/publ/> (consulté le 9/9/2021)

⁷ Agence de la Santé publique de Suède, Publications : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/publications/> (consulté le 9/9/2021)

communiqués – mais pas l'intégralité. J'ai donc utilisé l'outil Google traduction pour traduire en français les pages nécessaires.

Pour les communiqués de presse portant sur le variant Alpha, aperçu pour la première fois au Royaume-Uni, il s'avère être une mutation du Covid-19 dont « la transmissibilité est de 50 % plus haute, selon le Centers for Disease Control and Prevention Nord-américain (CDC), par rapport à la souche sauvage, ce qui la rend plus infectieuse et avec des effets graves » (Nath & Aditya, 2021), j'ai uniquement pris en compte ceux qui en parlaient depuis l'annonce de son apparition, c'est-à-dire à partir du 14 décembre 2020. Comme date de fin, j'ai choisi le 12 janvier 2021, car il s'agit du jour de l'annonce du début des recherches médicales plus intensives au sujet des variants. Cette date marque également le premier communiqué de presse de l'OMS portant sur les variants du Covid-19. Dans ce laps de temps, les gouvernements ne sont pas au clair quant à la gravité du variant, les informations sont incomplètes et les mesures prises le sont dans une optique de prévention.

Pour mettre en évidence ce qui a été dit à travers les communiqués, les « six questions que se posent les journalistes » d'après Lavigne (2002) sont utilisées comme grille de lecture. Sont donc mises en avant les informations qui répondent aux questions « [1] qui, [2] quoi, [3] où, [4] quand, [5] comment et [6] pourquoi ? » (Lavigne, 2002, p.187). C'est-à-dire (1) les acteurs nommés, cités et qui publient les communiqués de presse, (2) les informations concernant le virus et les mesures prises, (3) les zones à risques et les endroits touchés par le virus, (4) les informations relatives au début de la pandémie de Covid-19 ainsi que celles concernant les événements venant ensuite et (6) des explications sur le caractère sérieux de la situation justifiant les mesures prises. En suivant cette typologie, il est alors possible de caractériser la manière dont les gouvernements ont choisi de communiquer sur l'inconnu et sur l'incertitude de la situation. Le tableau suivant indique les différents codes utilisés pour analyser les communiqués de presse selon les questions de Lavigne.

Tableau 1 : Tableau des codes

Qui	« acteurs », « sources des informations »
Quoi	« premiers cas », « variant : premiers cas », « feedback », « mésinformation », « inconnu », « variant : inconnu », « informations », « variant : information », « préparation », « variant : préparation »
Où	« Chine », « zones à risques », « variant : zones à risques »
Quand	« plan/but/futur », « variant : plan/but/futur », « variant : information », « variant : information »
Comment	« rapatriement », « variant : rapatriement », « conseil », « mises en place/mesures », « variant : mises en place/mesures »
Pourquoi	« sérieux », « ensemble/tranquilliser », « personnes à risques », « variant : personnes à risques », « mortalité », « système hospitalier »

ENTRER DANS LE CONTENU DES COMMUNIQUÉS DE PRESSE

Mon corpus de communiqués de presse est constitué de 58 communiqués (voir annexe). Pour le cas de l'Allemagne, j'ai sélectionné deux communiqués de presse concernant le Covid-19 et un concernant le variant Alpha. Pour la Norvège, neuf communiqués sur le virus et dix sur le variant. Pour la Suisse, deux sur le virus et six sur le variant. Pour la Suède, six sur le virus et cinq sur le variant. Et pour finir, pour le Royaume-Uni, huit sur le virus et neuf communiqués sur le variant. Grâce à une typologie des communications, il sera ensuite possible de mettre en évidence les différentes manières de communiquer en période de crise des cinq gouvernements.

Tableau 2 : Nombre de communiqués de presse par pays lors des deux périodes étudiées

	Début du Covid-19	Début du variant Alpha	Total
Allemagne	2	1	3
Norvège	9	10	19
Suisse	2	6	8
Suède	6	5	11
Royaume-Uni	8	9	17
Total	27	31	58

Dans la partie qui suit, je relève les points importants apparaissant dans les communiqués de presse en m'appuyant sur les questions de Lavigne. De cette façon, j'identifie les thèmes autour desquels les communiqués s'articulent, et peux alors classer pour chaque pays les deux périodes étudiées selon la typologie précédemment évoquée. À la suite de cette partie, j'analyserai plus en profondeur les différentes catégories de cette typologie.

LES INFORMATIONS LIMITÉES DE L'ALLEMAGNE

LES MISES EN PLACE ET INFORMATIONS DU DÉBUT DE LA CRISE

Au commencement de l'épidémie de Covid-19, le 31 décembre 2019, date à laquelle le bureau chinois de l'OMS a pour la première fois évoqué des cas d'une nouvelle pneumonie (OMS, 2020), le gouvernement fédéral allemand publie deux communiqués de presse, tous deux datés du 27 février 2020, jour même de l'annonce des premiers cas sur son territoire. Le premier

communiqué traite des mesures prises par le gouvernement face à la « nouvelle situation », à savoir la mise en place d'une cellule de crise et d'un numéro de téléphone à appeler pour obtenir plus d'informations sur le coronavirus. Le second est davantage centré sur le virus lui-même : les symptômes qu'il provoque, les personnes à risques, les zones à risques, etc.

Dans ces communiqués de presse, le gouvernement fédéral rassure alors ses concitoyen-nes en expliquant que les mesures mises en place ont pour objectif de « protéger du mieux possible les citoyennes et les citoyens » (Conseil fédéral, 2020b) et qu'il faut « placer la protection de la santé avant les intérêts commerciaux ». Il met alors en avant le fait que « le réseau allemand de centres d'expertise et de services médicaux spécialisés permet d'assurer des soins de la meilleure qualité qui soit à l'échelle internationale » (Conseil fédéral, 2020a).

Il est intéressant de voir que la population doit également faire attention lorsqu'elle a visité une « zone classée à risque par l'Institut Robert Koch (RKI) » (Conseil fédéral, 2020a). Ce dernier est « l'organisme fédéral responsable de la gestion des maladies infectieuses » (Conseil fédéral, 2020a). Cependant, cette liste ne figure dans aucun des communiqués.

Aussi, le gouvernement insiste sur le risque que représente ce virus pour la santé de la population. Dès lors, différents acteurs du domaine de la santé apparaissent, tels que le Centre fédéral d'éducation pour la santé (BZgA), RKI et le ministère fédéral de la Santé, ainsi que le service aux patients de l'Association fédérale des médecins de caisse (Kassenärztliche Bundesvereinigung). Ils ont comme fonction d'informer la population, celle-ci pouvant également se tourner vers l'OMS pour obtenir plus d'informations sur le virus. Les communiqués indiquent également que RKI collabore avec d'autres acteurs internationaux.

Le contenu des communiqués de presse donne donc des informations sur le virus. Elles sont cependant communiquées le jour de l'annonce du premier cas, c'est-à-dire trop tard pour que la population ait le temps de s'en protéger. Cette manière d'informer ne peut être classée comme « informative » ou « persuasive », dans la mesure où les communiqués de presse ne sont pas publiés en amont du premier cas. J'ai, de ce fait, créé un troisième type : l'incommunication.

LA BRÈVE MENTION DU VARIANT ALPHA

En ce qui concerne le variant Alpha, la seule mention qui en est faite, dans le seul communiqué de presse publié avant le 12 janvier 2021, date du consensus de l'OMS sur la nécessité d'accroître les recherches au sujet du variant Alpha, est datée du 21 décembre 2020 et porte sur l'efficacité du vaccin à son encontre.

Contrairement au début de l'année 2020, aucune information n'est donnée, ce qui permet donc de catégoriser la communication du gouvernement fédéral allemand comme relevant de l'incommunication.

LA NORVÈGE ET SA VUE D'ENSEMBLE

LES DÉTAILS SUR LA SITUATION

Neuf communiqués de presse sont publiés entre le 20 janvier et le 26 février 2020, date du premier cas déclaré sur le territoire norvégien. Quatre de ces communiqués portent principalement sur des informations relatives au virus et à sa propagation dans le monde, deux sur les zones déclarées comme étant à risques, un sur les mises en place vis-à-vis du rapatriement de citoyen-nés norvégien-nés se trouvant en Chine et deux sur les informations

concernant des personnes norvégiennes infectées par le virus en Italie ainsi qu'en Norvège.

Ces communiqués précisent d'où le virus provient, dans quels pays il se trouve et évolue - quitte à se répéter au fil des communiqués. Les informations sont donc diverses et assez complètes. En témoigne l'information sur le fait que « la maladie est transmise entre les personnes par une infection par gouttelettes » (INSP, 2020c). Il est toutefois reconnu que « la connaissance du nouveau virus est jusqu'à présent limitée » (INSP, 2020c). Dès le deuxième communiqué, le 23 janvier 2020, il est précisé que « les rares personnes décédées sont principalement des personnes âgées et/ou des personnes atteintes d'une maladie sous-jacente » (INSP, 2020b).

Le gouvernement norvégien précise que « le nouveau coronavirus 2019-nCoV n'est actuellement pas considéré comme un « incident grave d'importance pour la santé publique internationale », appelé USPPI International Concern » (INSP, 2020b). Dans le communiqué suivant, il est cependant indiqué que l'OMS a déclaré l'épidémie internationale du nouveau coronavirus (2019-nCoV) comme un « incident grave d'importance pour la santé publique internationale » (INSP, 2020a). De surcroît, le gouvernement précise que « la déclaration souligne la gravité de la situation, tout en mettant en avant de nombreux problèmes non résolus » (INSP, 2020a). Le gouvernement précise alors que les mesures prises et la campagne de prévention mis en place ont pour but non seulement de protéger la population, mais plus aussi d'éviter que le système de santé se retrouve sous pression.

L'Institut national de la santé publique (INSP) est l'acteur principal qui étudie la situation et qui partage les informations. Ainsi, Line Vold, directrice du département de contrôle des infections et de la préparation aux situations d'urgence de l'INSP, est souvent citée. Les communiqués de presse soulignent

également que la coopération internationale est d'une grande importance lors d'une telle situation.

Grâce aux points relevés, trois thèmes ressortent du contenu des communiqués de presse : la gravité de la situation, la coopération internationale, les informations concernant le virus ainsi que la protection de la population. Sur la base de ces thèmes, les communiqués de presse de la Norvège parus au début de la pandémie s'inscrivent dans une forme de communication de type « informative ».

L'AVANCEMENT DU VARIANT ALPHA EN NORVÈGE

Dans les 10 communiqués de presse publiés par le gouvernement norvégien portant sur le variant Alpha et publiés avant le 12 janvier 2021, six portent principalement sur des informations concernant le variant ainsi que son évolution dans le monde et quatre abordent la question des cas d'infection au variant à l'intérieur du pays.

À travers ces communiqués, la population est informée du fait qu'il est normal et attendu qu'un virus soit soumis à des variations génétiques au cours du temps. Il faut tout de même s'en protéger, puisque sa propagation semble être plus rapide, même s'il ne semble pas être plus mortel que le virus original. Il est toutefois mentionné que les informations sur le variant sont limitées et qu'il faut donc, tout comme lors de l'arrivée du virus l'année précédente, limiter au maximum la diffusion du variant afin de prévenir le cas où ses effets seraient plus graves que ceux du virus original. Il est également intéressant de souligner que dans un des communiqués il est écrit que « [l'Institut norvégien de la santé publique a] remarqué qu'une partie de la population pense que seules les personnes les plus âgées peuvent contracter une maladie grave » (INSP, 2020d) alors que « 70 % des personnes admises à l'hôpital, et 66 % de celles qui ont besoin de soins intensifs ont moins de 70 ans » (INSP, 2020d). En disant cela, le gouvernement

norvégien est alors le seul gouvernement à démentir de fausses informations en circulation au sein de la population.

Il est important de noter que la stratégie du gouvernement norvégien face au virus est de ralentir la diffusion du variant afin d'avoir le temps de vacciner une bonne partie de la population et de préparer le système hospitalier à l'éventualité d'un variant Alpha plus nocif que la souche originale.

Concernant les acteurs, l'Institut norvégien de la santé publique et Line Vold restent les noms les plus mentionnés dans les communiqués de presse. Il est alors intéressant de voir que l'OMS n'est pas évoquée du tout, alors qu'au début de la pandémie, l'institution onusienne était une source d'informations incontournable. Elle se voit dès lors remplacée par l'Institut norvégien de la santé publique qui semble tirer toutes les conclusions au sujet du variant Alpha, de ses modes de transmission et du danger qu'il représente.

Les thèmes principaux des communiqués de presse de la Norvège lors de l'apparition du variant Alpha sont donc les informations sur le variant et la gravité de la situation, ce qui permet de classer cette manière de communiquer dans la catégorie communication « informative ».

LA SUISSE ET SES FRONTIÈRES

DISCUSSIONS AVEC LES PAYS VOISINS

Deux communiqués de presse sont publiés par le Conseil fédéral durant la période du début de l'année 2020. Le premier, publié le 24 février 2020, porte principalement sur les mesures prises par le gouvernement fédéral. Quant au second, daté du 25 février 2020, il traite du premier cas « confirmé » de Covid-19 sur le territoire suisse.

Le gouvernement fédéral pointe du doigt la gravité de la situation en soulignant que « dans plusieurs pays, le nombre d'infections est (...) en hausse » (Conseil fédéral, 2020b). Il est également expliqué que les acteurs principaux sont la Swiss National COVID-19 Science Task Force, menée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ainsi qu'Alain Berset, chef du Département fédéral de l'intérieur. L'accent est mis sur ce dernier et les relations qu'il entretient avec certains ministres de la Santé de pays voisins pour parler de la situation sanitaire.

Le manque d'informations concernant le virus, ainsi que la communication centrée autour du thème de la coopération internationale, des mesures mises en place pour la lutte contre le virus et de la gravité de la situation, permettent de qualifier la manière de communiquer du gouvernement fédéral suisse de communication de type « persuasive ».

LE VARIANT ET LES ZONES À RISQUES

Au niveau du variant Alpha, on observe, dans les six communiqués de presse, une mise en garde récurrente vis-à-vis des zones à risque, qui se traduit notamment par l'arrêt des liaisons entre la Grande-Bretagne et la Suisse. En effet, deux communiqués de presse portent principalement sur le fait que la Grande-Bretagne est une zone à risque, trois concernent les mesures prises par le gouvernement fédéral et un traite des premiers cas de variant sur le territoire suisse.

Tout d'abord, dans l'introduction du premier communiqué, datant du 21 décembre 2020, la plus grande contagiosité du variant Alpha est soulignée. La solennité des propos est soutenue par le fait que « le Conseil fédéral [ait] (...) retiré aux personnes domiciliées en Grande-Bretagne le droit à la libre circulation » et qu'il ait « inscrit l'interdiction du transport aérien entre la Suisse et la Grande-Bretagne » (Conseil fédéral, 2020a). Il est alors expliqué que le nombre croissant de personnes infectées

commence à mettre en tension le système hospitalier, ce qui justifie la pertinence des mesures prises. Au niveau des acteurs, l'OFSP reste l'acteur principal en charge de l'analyse de la situation, tandis que le Conseil fédéral met en place les mesures contre la propagation du virus et de son variant.

Lors de ce second moment, il est également possible de classer la communication du gouvernement dans la catégorie « persuasive ». En effet, les thèmes principaux sont la grande contagiosité du virus, les mots emprunts de solennité qui caractérisent l'exceptionnalité de la situation, ainsi que les zones à risques.

LA SUÈDE ET LE DÉTAIL DE SES INFORMATIONS

LES INFORMATIONS AU SUJET DU COVID-19

Dans les six communiqués suédois publiés durant la période analysée, le premier communiqué de presse datant du 16 janvier 2020 et le dernier du 31 janvier, beaucoup d'informations sur le virus lui-même sont données, ainsi que sur l'évolution de la situation en Chine. En effet, trois communiqués portent principalement sur des informations sur le virus, un traite du premier cas recensé et deux concernent les mesures mises en place du gouvernement pour lutter contre la propagation du virus.

Même si les risques que le virus apparaisse en Suède sont considérés comme faibles, Anders Tegnell, épidémiologiste en chef de la Suède, pense qu'il est tout de même nécessaire de surveiller la situation. La gravité du virus n'est pas mise en avant, puisque la mortalité du virus n'est pas mentionnée. Au contraire, elle est même nuancée, puisqu'il est précisé que les personnes étant décédées des suites d'une infection par le virus étaient atteintes d'autres maladies. Il est intéressant de relever que le

gouvernement suédois est le seul mentionnant la période d'incubation de 2 à 14 jours du virus.

Aussi, le ton des communiqués se veut rassurant. Il est en effet annoncé que le service de santé est prêt à toute éventualité et que l'Agence suédoise de la santé publique analyse la situation. Lorsque le premier cas est déclaré, le communiqué de presse rappelle que « la préparation suédoise aux urgences est basée sur le principe que la population est bien informée qu'il y a une épidémie » et que « nous pouvons prendre rapidement soin des personnes, donner des conseils et des instructions et si nécessaire isoler les gens » (ASSP, 2020e). Ainsi, la seule mesure de prévention mise en place face à l'augmentation du nombre de cas en Chine consiste à exiger des personnes ayant séjourné près de Wuhan qu'elles s'isolent. On constate que dans les premiers communiqués Anders Tegnell et l'Agence suédoise de la santé publique sont les acteurs principaux impliqués dans la gestion de cette crise sanitaire et qu'ils travaillent « en étroite collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé et évaluent en permanence l'évolution de l'épidémie » (ASSP, 2020a). Enfin, Johan Carlson, directeur général de l'Agence suédoise de santé publique, est cité lorsqu'il demande, à la suite de l'annonce de l'OMS qualifiant le virus de « menace internationale pour la santé humaine » (ASSP, 2020f), que le Covid-19 soit classé « comme une maladie générale dangereuse et socialement dangereuse conformément à la loi (suédoise) sur les maladies transmissibles » (ASSP, 2020b), et ce, dans le but de pouvoir prendre des mesures plus drastiques.

Les thèmes de la menace, de la préparation face à la situation, ainsi que des informations autour du virus permettent de classer la communication de la Suède dans les premiers jours de la pandémie dans la catégorie de communication « informative ».

LE VARIANT ALPHA : EXPLICATIONS ET ZONES À RISQUE

Lors de la seconde période étudiée, dans ces cinq communiqués de presse, le gouvernement se montre bien plus proactif qu'en janvier 2020. Un premier communiqué traite de l'apparition du variant Alpha, une seconde porte sur les zones à risques, et trois autres traitent des cas de variant à l'intérieur du territoire.

Pour lutter contre le variant, le gouvernement suédois recommande alors à toute personne ayant séjourné au Royaume-Uni une quarantaine de sept jours. Aussi, il interdit « l'entrée au Royaume-Uni en raison de la propagation de l'infection » (ASSP, 2020c). Tout comme au début de la crise sanitaire, le gouvernement donne également des détails sur les pays dans lesquels se trouve le variant Alpha ainsi que sur les caractéristiques du variant lui-même. L'Agence de la santé publique reste alors l'organe principal chargé de la communication sur la situation.

Il est alors intéressant de voir que, lors de cette seconde période caractérisée par l'apparition du variant Alpha, le thème de la quarantaine est important dans les communiqués de presse du gouvernement suédois. Sont également mentionnées, dans une moindre mesure, les thèmes des informations sur le variant et des zones à risque. Cela permet alors de classer cette manière de communiquer dans le type de communication « persuasive ».

LE ROYAUME-UNI : PRISE EN CHARGE PAR LES EXPERTS, NIVEAU DE PRÉPARATION ET SOUTIEN À LA POPULATION

RAPATRIEMENT ET PROACTIVITÉ DU ROYAUME-UNI

Dans les huit communiqués de presse du Royaume-Uni du tout début de crise, l'accent est mis sur l'engagement de certains

acteurs dans la collaboration avec la Chine. Dans les huit communiqués publiés entre le 22 janvier et le 31 janvier 2020, trois portent principalement sur la situation et les mesures mises en place, trois sur le rapatriement de ressortissants britanniques, un sur les zones à risques et un sur le premier cas de Covid-19 recensé au Royaume-Uni.

À ce stade, en Angleterre, le Département de la Santé et de la Protection Sociale et celui de la Santé publique sont les deux entités en charge de la situation. Dès la première communication du 22 janvier 2020, le ton est solennel et l'accent est mis sur les zones à risque, c'est-à-dire Wuhan. Il est ainsi conseillé de n'y aller que lorsque le voyage y est essentiel. Les deux entités rassurent également en affirmant que « le Royaume-Uni est bien préparé contre les nouvelles maladies et notre approche est constamment ré-évaluée. Les mesures de santé publique du Royaume-Uni sont les premières au monde et le Service National de la Santé est bien préparé à gérer et à traiter les nouvelles maladies » (DHSC, 2020b⁸). La qualité des experts travaillant pour le gouvernement est également mise en avant : « Nous avons accès au Royaume-Uni à certains des meilleurs experts au monde en matière de maladies infectieuses et de santé publique » (DHSC, 2020a, traduction de l'auteure). La situation est alors sérieuse, puisque « la sûreté et la sécurité des ressortissants britanniques sont notre priorité » (F&CO, 2020⁹). Dans le but d'avoir le plus d'informations sur l'évolution de la situation, le gouvernement du Royaume-Uni précise qu'il communique avec les autorités chinoises et qu'il collabore avec l'OMS.

La manière de communiquer du Royaume-Uni lors des débuts de la propagation du virus peut être qualifiée de « persuasive ». En effet, les informations concernant le virus sont très peu



⁸ Notre traduction.

⁹ Notre traduction.

nombreuses, tandis que les thèmes de la coopération internationale et celui du rapatriement sont dominants.

VARIANT ALPHA ET SOUTIEN À LA POPULATION

Neuf communiqués de presse parus entre le 14 décembre 2020 et le 12 janvier 2021 portent sur le variant. Cinq d'entre eux portent principalement sur la mise en place de mesures de prévention visant à limiter la propagation du virus, tandis que les quatre autres traitent des informations relatives aux événements en mettant l'accent sur la gravité de la situation.

Il est précisé que le variant ne montre pas de signe d'une mortalité plus élevée. L'importance de protéger les personnes à risque est toutefois rappelée. S'en suivent alors des explications sur ce qui est mis en place pour éviter au maximum la transmission et sur la manière dont la situation évolue.

Pour montrer à quel point il ne faut en aucun cas relâcher les efforts consentis pour lutter contre la propagation du virus (et du variant), le gouvernement britannique adopte une stratégie unique qu'aucun autre gouvernement n'a utilisée : « Le gouvernement a lancé une nouvelle campagne publique de grande envergure pour inciter les gens à agir comme s'ils avaient le virus. » (DHSC, 2021a, traduction de l'auteure) Accompagné du slogan « *stay home, protect the NHS, save lives* » (« rester à la maison, protéger le Service National de la Santé, sauver des vies », traduction de l'auteure), le gouvernement insiste sur la nécessité de continuer à faire attention de façon à prévenir une pression trop importante sur le système hospitalier.

On peut également noter un autre détail propre aux communiqués britanniques : les encouragements et remerciements via les communiqués de presse de diverses personnes, comme Dido Harding, présidente exécutive par intérim de l'Institut national pour la protection de la santé, Lord

Bethell, ministre adjoint de la Chambre des lords, mais aussi les personnes travaillant pour le Service National de la Santé.

Concernant la temporalité, on peut voir que le gouvernement reconnaît que la situation qui dure depuis un an déjà commence à fatiguer la population. Il encourage toutefois cette dernière à faire attention. En effet, Matt Hancock, secrétaire d'État à la Santé et à la Protection sociale souligne que « nous avons déjà tous fait des sacrifices, mais la nouvelle variante a considérablement modifié la situation actuelle et nous ne pouvons absolument pas lâcher prise maintenant » (DHSC, 2021a). Chris Whitty, médecin-chef pour l'Angleterre, ajoute que « nous avons encore des semaines avant que les vaccins ne commencent à réduire les décès dus au Covid-19 ainsi que le nombre de personnes hospitalisées. Nous ne pouvons pas nous permettre de laisser notre optimisme justifié pour l'avenir se faire au détriment d'une action difficile aujourd'hui¹⁰ [10 janvier 2021] » (DHSC, 2021b).

Les thèmes principaux étant la protection des personnes à risque, le ton solennel ainsi que le soutien à la population, il est alors possible de caractériser la communication du gouvernement anglais lors de l'apparition du variant Alpha comme étant une communication « persuasive ».



¹⁰ Notre traduction.

Figure 1 : Communiqué de presse du Royaume-Uni sur le rapatriement de ressortissants anglais à Wuhan publié le 29 janvier 2020 sur le site du gouvernement du Royaume-Uni

08/03/2021 UK assisted departure from Wuhan, China: Foreign Office statement - GOV.UK

 **GOV.UK**

1. Home (<https://www.gov.uk/>)
2. Going and being abroad (<https://www.gov.uk/going-and-being-abroad>)
3. British nationals overseas (<https://www.gov.uk/going-and-being-abroad/british-nationals-overseas>)

Press release

UK assisted departure from Wuhan, China: Foreign Office statement

Following the coronavirus outbreak in Wuhan, the government is working to organise a flight to the UK for eligible British nationals.

From:
Foreign & Commonwealth Office (<https://www.gov.uk/government/organisations/foreign-commonwealth-office>)

Published:
29 January 2020



A Foreign Office spokesperson said:

We are doing everything we can to get British people in Wuhan safely back to the UK. A number of countries' flights have been unable to take off as planned. We continue working urgently to organise a flight to the UK as soon as possible.

We remain in close contact with the Chinese authorities and conversations are ongoing at all levels.

Read our travel advice for China (<https://www.gov.uk/foreign-travel-advice/china>) and the latest advice on the Wuhan coronavirus (<https://www.gov.uk/guidance/wuhan-novel-coronavirus-information-for-the-public>).

Further information

- Follow the Foreign Office on Twitter [@foreignoffice](https://twitter.com/foreignoffice) (<https://twitter.com/foreignoffice>) and Facebook (<https://www.facebook.com/foreignoffice?ref=hl>)

<https://www.gov.uk/government/news/fo-spokeswoman-statement-on-uk-assisted-departure-from-wuhan-china>

1/2

LES DIFFÉRENTS TYPES DE COMMUNICATION

Grâce à l'analyse des communiqués de presse présentée dans la partie précédente – basée sur les questions de Lavigne (2002) ainsi que sur les thèmes relevés –, je cherche, dans cette partie, à qualifier le type de communication des cinq gouvernements : « informative » ou « persuasive », selon la typologie de Lavigne. À ces deux types, j'ai ajouté la catégorie « incommunication ». En effet, lorsque les informations sur le virus et sur le variant ont été données tardivement ou lorsqu'elles sont inexistantes, la manière de communiquer ne rentre dans aucune des deux catégories évoquées. Elle rentre de ce fait dans la catégorie « incommunication ».

LA COMMUNICATION INFORMATIVE

Dans les communiqués de presse de la Norvège du début de la pandémie, le thème récurrent des informations concerne le virus, les zones où se trouve le virus ainsi que le niveau de danger qu'il représente pour le territoire norvégien. Bien sûr, le thème des mesures mises en place servant à protéger le plus possible la population – qui pourrait être classé comme relevant du « persuasif » – est abordé. Il semble toutefois plus pertinent de placer la communication de la Norvège au commencement de la pandémie dans la catégorie « communication informative ». En effet, grâce à un luxe de détails, le gouvernement norvégien donne à la population la possibilité d'agir en conséquence face à la pandémie qui s'annonce.

Au sujet du variant Alpha, le gouvernement norvégien continue sa stratégie informative. En effet, les informations sur le variant Alpha y sont très présentes. Même s'il impose une quarantaine à toute personne ayant voyagé au Royaume-Uni, il continue à informer la population de l'évolution du variant ainsi que de la gravité de la situation.

Au début 2020, la stratégie de la Suède est similaire à celle de la Norvège. Les informations sur le virus sont très présentes, tout en étant rassurantes et en donnant des éléments relatifs au degré de préparation des autorités face à la situation. Il est alors possible pour les citoyen-nés de se faire une idée de la situation et de pouvoir se préparer en conséquence, tout en étant au courant du niveau de préparation du gouvernement. Aussi, ce dernier laisse à la population la responsabilité de s'annoncer si elle présente des symptômes, puisqu'elle « est bien informée qu'il y a une épidémie » (ASSP, 2020e).

LA COMMUNICATION PERSUASIVE

Il est intéressant de comprendre que dans le contexte du variant Alpha, le gouvernement suédois tente une approche différente à celle du début du Covid-19. En effet, tout en mentionnant le thème des informations sur le variant et sa progression en Europe, « l'Agence de la santé publique considère que l'interdiction d'entrée depuis le Royaume-Uni est une précaution raisonnable » (ASSP, 2020d). Le gouvernement suédois semble alors choisir une réaction plus proactive face à la nouvelle situation. Malgré les informations données au sujet du variant, l'accent mis sur l'importance des quarantaines au retour du Royaume-Uni place cette manière d'informer au travers des communiqués de presse dans la catégorie « persuasive ».

En Suisse, tant pour le Covid-19 que pour le variant Alpha, les explications au sujet du virus, les symptômes et les mécanismes de contagion par exemple, sont quasi inexistantes. Au contraire, les communiqués sont davantage centrés sur le thème des mesures que le gouvernement a prises pour lutter contre la propagation du virus sur son territoire, ainsi que sur le thème de la coopération internationale. La responsabilité de la prévention de la propagation du virus est alors endossée par le gouvernement

et la communication à la population des informations sur la situation est laissée de côté.

Il en est de même pour les communiqués du Royaume-Uni. Les informations sur le Covid-19 en début d'année 2020 sont pauvres. Cependant, le fait que le gouvernement soit en contact constant avec l'OMS pour analyser la situation est systématiquement rappelé dans les communiqués. Dans cette période, est aussi expliqué en détail le thème du rapatriement des ressortissant-es anglais-es. Pour montrer à quel point le gouvernement gère la situation, il est aussi mis en avant que le Royaume-Uni dispose « d'experts mondiaux qui surveillent la situation 24 heures sur 24 et [possède] de solides antécédents en matière de gestion des nouvelles formes de maladies infectieuses. [Ils ont] accès à certains des meilleurs experts en maladies infectieuses et en santé publique au monde¹¹ » (DHSC, 2020a).

Dans le cas du variant Alpha, la situation est similaire. Les informations sur le variant étant plutôt pauvres, la plupart des contenus des communiqués portent alors sur le thème des mesures en place et sur la nécessité pour la population de les suivre afin de réduire la pression sur le système hospitalier. Aussi, le constat est fait que la population commence à être fatiguée de la situation. Dès lors des messages de soutien et d'encouragement à suivre les mesures sont alors passés à travers les communiqués de presse. Cette communication « persuasive » mise clairement sur le fait que le gouvernement a le contrôle de la situation et que la population doit suivre les mesures.

L'INCOMMUNICATION

Le cas de l'Allemagne est un cas à part. En effet, les deux communiqués de la période du début de l'année 2020 ayant été



¹¹ Notre traduction.

publiés le même jour que la déclaration du premier cas à l'intérieur du territoire, il s'agirait alors plutôt d'un cas d'incommunication. N'ayant pas informé la population de la situation avant que le premier cas ne soit déclaré, il est alors difficile pour le gouvernement d'agir pour prévenir la diffusion du virus. Et, n'ayant pas non plus communiqué sur les mesures mises en place ou sur les décisions du gouvernement face au Covid-19, les autorités ne se présentent pas comme responsables de la protection de la population dans cette situation. Toutefois, les informations données portant sur le virus dans les deux communiqués sont assez complètes.

Lors de la période qui voit l'apparition du variant Alpha, l'incommunication est alors plus extrême, puisqu'aucune information n'est publiée. Le seul élément communiqué est le fait que le vaccin contre le Covid-19 est censé être efficace contre le variant.

DISCUSSION : COMPARAISON DES MANIÈRES DE COMMUNIQUER

En étudiant le contenu des communiqués de presse parus au début de la pandémie de Covid-19 et au moment de l'apparition de variant Alpha, dans les cinq pays que sont l'Allemagne, la Norvège, la Suisse, la Suède et le Royaume-Uni, j'ai pu classer les différentes manières de communiquer dans trois catégories.

La manière de communiquer de la Norvège ainsi que celle de la Suède au début de la pandémie peuvent être classées dans la catégorie « communication informative ». Dans la catégorie « communication persuasive » se trouvent la communication de la Suisse, du Royaume-Uni ainsi que celle de la Suède à la fin de l'année 2020. Pour finir, j'ai classé la communication de l'Allemagne dans la catégorie « incommunication ».

Il faut souligner le fait que ce n'est pas parce qu'une information n'est pas mentionnée dans un communiqué de presse que le gouvernement n'en parle pas ailleurs. Cependant, la raison pour laquelle il est intéressant d'analyser le contenu des communiqués de presse est qu'ils sont une source d'informations particulièrement importante pour les journalistes (Herman, 2009 ; Cally, 2015 ; Rossmann et al., 2018). En effet, lorsqu'une information est publiée dans un communiqué de presse gouvernemental, elle sera presque automatiquement relayée par les journalistes, en totalité ou en partie. Plus une situation est décrite de manière complète, moins les journalistes auront de recherche à faire de leur côté et plus on peut supposer que l'information circulera vite au sein de la population.

Mises à part les différentes manières de fonctionner, il faut souligner que, début 2020, avant que le premier cas de chaque pays n'ait été annoncé, tous étaient dans la même situation et au même niveau d'incertitude. Les informations à disposition au sujet du virus étaient identiques puisqu'elles émanaient principalement de l'OMS. Le but de la communication était alors d'informer la population sur le virus dans le but d'éviter une trop grande propagation de ce dernier alors qu'il allait inévitablement se répandre sur le territoire.

J'ai pu mettre en avant le fait que dans un contexte similaire, les manières de communiquer, ainsi que le contenu des communiqués de presse peuvent grandement varier. Ces derniers étant une source importante d'informations pour les journalistes, il serait alors intéressant, dans une prochaine étude, de comparer ce qui y est dit avec ce qui est effectivement relayé dans la presse. De cette manière, il serait alors possible de répondre à des questions telles que : de quelle manière les journalistes reprennent le contenu des communiqués de presse des autorités ? Exagèrent-ils par rapport à ce qui est déclaré ? Au contraire, est-ce qu'ils relativisent la gravité des événements ? Ont-ils besoin de faire des recherches auprès d'autres sources pour pouvoir répondre aux questions « qui, quoi, où, quand, comment et pourquoi ? »

(Lavigne, 2002). Enfin, accompagnée d'un feedback de la population sur le sujet de la communication des autorités sur la pandémie, cette étude pourrait alors servir à souligner les lacunes et les faiblesses des communiqués de presse.

CONCLUSION

Tout au long de ce travail, j'ai pu constater que certains thèmes étaient plus récurrents que d'autres dans les communiqués de presse des cinq gouvernements menant ainsi à différentes stratégies de communication. En effet, il est intéressant de remarquer que le gouvernement fédéral allemand ne semble pas très préoccupé de communiquer largement à ses concitoyens. Sa gestion de la pandémie lors des débuts a pourtant fait l'objet de commentaires positifs (Le Monde, 2020). Ce qui est d'ailleurs attesté par les résultats obtenus par l'Allemagne en matière de gestion de la pandémie dans sa première phase. De surcroît, j'ai aussi pu identifier la stratégie unique du Royaume-Uni qui a consisté à faire passer des messages rassurants à la population dans ses communiqués de presse afin de combattre la fatigue latente générée par les messages concernant le Covid-19. Dès lors, étudier plus en détail la perception de ces messages par la population, ainsi que l'effet des publications plus ou moins récurrentes de messages ayant comme sujet la pandémie pourrait être une piste fructueuse pour de futures recherches. Dans le prolongement de la typologie utilisée dans ce travail, faire l'analyse des autres médias utilisés par les gouvernements pour transmettre leurs messages serait également intéressant. C'est d'ailleurs l'objectif du chapitre de Kamyar Kompani dans ce volume au chapitre 3.

BIBLIOGRAPHIE

- Barrelet, Clara, Mathilde Bourrier, Claudine Burton-Jeangros et al. (2013). « Unresolved issues in risk communication research: the case of the H 1 N 1 pandemic (2009–2011). » *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 7: 114-119.
- Bourrier, Mathilde et Corinne Bieder (2018). *Risk Communication for the Future: Towards Smart Risk Governance and Safety Management*. Springer Nature.
- Cally, Elodie (2015). « Le communiqué de presse », dans Cally, E. (éd), *Réussir ses relations de presse*. Paris : Dunod, p. 77-97.
- Coleman, John (2010). « Educating the Public: Information or Persuasion? » *Journal of Veterinary Medical Education* 37(1): 74-82.
- Feinstein, Osvaldo (2020). « Development and Radical Uncertainty. » *Development in Practice* 30(8): 1105-1113.
- Fischhoff, Baruch, Gabrielle Wong-Parodi, Dana Rose Garfin, et al. (2018). « Public Understanding of Ebola Risks: Mastering an Unfamiliar Threat. » *Risk Analysis* 38(1): 71-83.
- Herman, Thierry (2009). « Le discours politique est-il soluble dans le discours médiatique ? Les communiqués de presse des partis gouvernementaux helvétiques », dans Burger, Marcel, Jérôme Jacquin, et Micheli Raphaël (éds.). *Le français parlé dans les médias : les médias et le politique*, Actes du colloque, Lausanne.
- Lagadec, Patrick (1996). « Communication de crise, communication en crise », dans Tubiana, Maurice, Constantin Vrousos, Catherine Carde et Jean-Pierre Pagès (éds.). *Risque et Société*. Paris : Nucléon, p. 197-207.
- Lavigne, Alain (1995). « La politisation de l'information du secteur public : Une proposition d'analyse. » *Hermès* 18(3) : 231-249.
- Lavigne, Alain (2002). « Journalisme, relations publiques et publicité : produits et médias d'hybridation dans l'univers de l'écrit. » *Les cahiers du journalisme* (10) : 182-197.
- Longstaff, Patricia H., and Sung-Un Yang (2008). « Communication management and trust: their role in building resilience to “surprises” such as natural disasters, pandemic flu, and terrorism. » *Ecology and Society* 13(1): 3.

Lu, Yao, Zheng Ji, Xiaoqi Zhang, Yanqiao Zheng, and Han Liang (2021). « Re-thinking the role of government information intervention in the COVID-19 pandemic: An agent-based modeling analysis. » *International journal of environmental research and public health* 18(1): 147.

Nath, Anamika et Aditya Subhadeep (2021). « A Comparative Study on Covid-19 Corona Virus Variants: Alpha, Beta, Gamma. » *Delta: Review Paper* 9(8): 2230-2234.

Rossmann, Constanze, Lisa Meyer, Peter J. Schulz (2018). « The Mediated Amplification of a Crisis: Communicating the A/H1N1 Pandemic in Press Releases and Press Coverage in Europe: The Mediated Amplification of a Crisis. » *Risk Analysis* 38(2): 357-375.

Weick, Karl E (1988). « Enacted Sensemaking in Crisis Situations. » *Journal of Management Studies* 25(4): 305-317.

Wüg, Siri, Karina Aase, Mathilde Bourrier, et al. (2018). « Transparency in Health Care: Disclosing Adverse Events to the Public », dans Bourrier, Mathilde et Corinne Bieder (éds.). *Risk Communication for the Future: Towards Smart Risk Governance and Safety Management*, SpringerBriefs, p. 111-126.

SOURCES

ASSP (2020a), Folkhälsomyndigheten följer utvecklingen kring det nya coronaviruset : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/folkhalsomyndigheten-foljer-utvecklingen-kring-det-nya-viruset-i-kina/> (consulté le 9/9/2021)

ASSP (2020b), Folkhälsomyndigheten föreslår att nytt coronavirus tas upp smittskyddslagen : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/folkhalsomyndigheten-foreslar-att-nytt-coronavirus-tas-upp-i-smittskyddslagen/> (consulté le 9/9/2021)

ASSP (2020c), Inresande från Storbritannien uppmanas stanna hemma, avhålla sig från sociala kontakter och att testa sig : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/december/inresande-fran-storbritannien-uppmanas-stanna-hemma-avhalla-sig-fran-sociala-kontakter-och-att-testa-sig/> (consulté le 9/9/2021)

ASSP (2020d), Ny variant av covid-19-viruset rapporteras från Storbritannien : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/december/ny-variant-av-covid-19-viruset-rapporterat-fran-storbritannien/> (consulté le 9/9/2021)

ASSP (2020e), Sverige har en stark smittskyddsorganisation : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/sverige-har-en-stark-smittskyddsorganisation/> (consulté le 9/9/2021)

ASSP (2020f), WHO klassar utbrottet av coronaviruset som ett internationellt hot mot människors hälsa : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/utbrottet-av-nytt-coronavirus-kraver-samordnade-insatser-internationellt/> (consulté le 9/9/2021)

Conseil fédéral (2020a), Coronavirus : interdiction d'entrée sur le territoire et quarantaine rétroactive pour les personnes arrivant de Grande-Bretagne et d'Afrique du Sud : <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-81777.html> (consulté le 9/9/2021)

Conseil fédéral (2020b), Coronavirus : mesures supplémentaires prévues en Suisse : <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-78205.html> (consulté le 9/9/2021)

Conseil fédéral (2020a), La situation en Allemagne : <https://www.bundesregierung.de/breg-fr/recherche/ausbreitung-coronavirus-1726162> (consulté le 9/9/2021)

Conseil fédéral (2020b), Le gouvernement fédéral met en place une cellule de crise : <https://www.bundesregierung.de/breg-fr/recherche/krisenstab-eingerichtet-1726154> (consulté le 9/9/2021)

DHSC (2020a), CMO for England statement on the Wuhan novel coronavirus : <https://www.gov.uk/government/news/cmo-for-england-statement-on-the-wuhan-novel-coronavirus> (consulté le 9/9/2021)

DHSC (2020b), DHSC and PHE statement on coronavirus : <https://www.gov.uk/government/news/dhsc-and-phe-statement-on-coronavirus> (consulté le 9/9/2021)

DHSC (2021a), New TV advert urges public to stay at home to protect the NHS and save lives : <https://www.gov.uk/government/news/new->

[tv-advert-urges-public-to-stay-at-home-to-protect-the-nhs-and-save-lives](#) (consulté le 9/9/2021)

DHSC (2021b), Statement from Chief Medical Officer Professor Chris Whitty on national alert levels : <https://www.gov.uk/government/news/statement-from-chief-medical-officer-professor-chris-whitty-on-national-alert-levels> (consulté le 9/9/2021)

F&CO (2020), British nationals in Hubei Province: Foreign Office statement : <https://www.gov.uk/government/news/fco-statement-british-nationals-in-hubei-province> (consulté le 9/9/2021)

INSP (2020a), Coronavirussykdom i Kina er erklært som internasjonal folkehelsekrise : <https://www.fhi.no/nyheter/2020/coronavirussykdom-i-kina-er-erklart-som-internasjonalfolkehelsekrise/> (consulté le 9/9/2021)

INSP (2020b), Coronavirussykdom i Kina ikke erklært som internasjonal folkehelsekrise : [https://www.fhi.no/nyheter/2020/coronavirussykdom-i-kina-ikke-erklart-som-internasjonalfolkehelsekrise-/-](https://www.fhi.no/nyheter/2020/coronavirussykdom-i-kina-ikke-erklart-som-internasjonalfolkehelsekrise-) (consulté le 9/9/2021)

INSP (2020c), Oppdatert informasjon om nytt coronavirus i Kina : <https://www.fhi.no/nyheter/2020/informasjon-om-nytt-coronavirus-i-kina/> (consulté le 9/9/2021)

INSP (2020d), Risikovurdering første halvår 2021 : <https://www.fhi.no/nyheter/2020/risikovurdering-forste-halvar-2021/> (consulté le 9/9/2021)

Le Monde (2020), En Allemagne, la bonne gestion de la crise sanitaire due au coronavirus révèle les forces et les faiblesses du système hospitalier : https://www.lemonde.fr/international/article/2020/04/29/forces-et-faiblesses-des-hopitaux-allemands-face-au-coronavirus_6038116_3210.html (consulté le 9/9/2021)

OMS (2020), Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 : <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (consulté le 9/9/2021)

OMS (2020), Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report 1-21 January: <https://www.who.int/docs/default->

[source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4](https://source.coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4) (consulté le 9/9/2021)

ANNEXE 1 : LISTE EXHAUSTIVE DES COMMUNIQUÉS DE PRESSE

Pays	Covid-19	Variant Alpha
Allemagne	<p>i) Le gouvernement fédéral met en place une cellule de crise : https://www.bundesregierung.de/breg-fr/recherche/krisenstab-eingerichtet-1726154 (consulté le 9/9/2021) ii) La situation en Allemagne : https://www.bundesregierung.de/breg-fr/recherche/ausbreitung-coronavirus-1726162 (consulté le 9/9/2021)</p>	<p>i) La Commission européenne autorise le premier vaccin contre le coronavirus : https://www.bundesregierung.de/breg-fr/recherche/vaccin-coronavirus-autorisation-1831916, (consulté le 9/9/2021)</p>

Norvège	<p>i) Informations mises à jour sur le nouveau coronavirus en Chine : https://www.fhi.no/nyheter/2020/informasjon-om-nytt-coronavirus-i-kina/, (consulté le 9/9/2021) ii) La maladie à coronavirus en Chine n'a pas été déclarée crise de santé publique internationale : https://www.fhi.no/nyheter/2020/coronavirussykdom-i-kina-ikke-erklart-som-internasjonalfolkehelsekrise---- / (consulté le 9/9/2021) iii) La maladie à coronavirus en Chine a été déclarée crise de santé publique internationale : https://www.fhi.no/nyheter/2020/coronavirussykdom-i-kina-er-erklart-</p>	<p>i) Une nouvelle variante du coronavirus découverte au Royaume-Uni : https://www.fhi.no/nyheter/2020/ny-variant-av-koronavirus-oppdaget-i-storbritannia/ (consulté le 9/9/2021) ii) Évaluation des risques premier semestre 2021 : https://www.fhi.no/nyheter/2020/risikovurdering-forste-halvar-2021/ (consulté le 9 septembre 2021) iii) Variante du virus anglais détectée chez deux voyageurs en Norvège : https://www.fhi.no/nyheter/2020/engelsk-virusvariant-pavist-hos-to-reisende-til-norge/ (consulté le 9/9/2021) iv) Mise à jour de l'évaluation des risques sur les nouvelles variantes du SRAS-CoV-2 : https://www.fhi.no/nyheter/2020/oppdatert-risikovurdering-om-nye-avarianter-av-sars-cov-2/ (consulté le 9/9/2021) v) Trois nouveaux cas de variante du virus anglais découverts en Norvège : https://www.fhi.no/nyheter/2020/tre-nye-tilfeller-</p>
---------	--	---

<p>som-internasjonal-folkeseiserkrise/ (consulté le 9/9/2021) iv) Citoyens norvégiens qui acceptent le retour assisté de Chine sous les auspices du ministère des Affaires étrangères (MAE) : https://www.fhi.no/nyheter/2020/nordmenn-som-evakueres-fra-kina-i-regi-av-utenriksdepartementet/ (consulté le 9/9/2021) v) Il est déconseillé aux Norvégiens de se rendre dans la province du Hubei et de ne pas se rendre inutilement dans le Zhejiang en Chine : https://www.fhi.no/nyheter/2020/nordmenn-rades-om-ikke-a-reise-til-hubei-provinsen-i-kina-og-frarades-ikke-/ (consulté le</p>	<p>av-engelsk-virusvariant-oppdaget-i-norge/ (consulté le 9/9/2021) vi) Le rapport hebdomadaire covid-19 pour la semaine 52 a été publié : https://www.fhi.no/nyheter/2020/ukerapport-covid-19-for-uke-51-er-publisert2/ (consulté le 9/9/2021) vii) Onze nouveaux cas de variante du virus anglais découverts en Norvège : https://www.fhi.no/nyheter/2020/elleve-nye-tilfeller-av-engelsk-virusvariant-oppdaget-i-norge/ (consulté le 9/9/2021) viii) Trois nouveaux cas de variante du virus anglais découverts en Norvège : https://www.fhi.no/nyheter/2020/tre-nye-tilfeller-av-engelsk-virusvariant-oppdaget-i-norge2/, (consulté le 9 septembre 2021) ix) Mise à jour des connaissances sur l'infection à covid-19 chez les enfants et les adolescents et le rôle de l'école dans la propagation de l'infection : https://www.fhi.no/nyheter/2020/nyheter-om-covid-19-og-barn-og-ungdom/ (consulté le</p>
---	---

	<p>9/9/2021) vi) Conseils aux voyageurs dans de nouvelles zones avec propagation locale du covid-19 :</p> <p>https://www.fhi.no/nyheter/2020/rad-til-reisende-i-nye-omrader-med-lokal-smittespredning-av-covid-19/ (consulté le 9/9/2021) vii) Évaluation des risques mise à jour sur le coronavirus en Norvège (https://www.fhi.no/nyheter/2020/oppdatert-risikovurdering-om-korona-i-norge/, (consulté le 9 septembre 2021) viii) Norvégien vivant en Italie infecté par un coronavirus :</p> <p>https://www.fhi.no/nyheter/2020/nordmann-bosatt-i-italia-smittet-av-koronavirus/</p>	<p>er/2020/oppdatert-kunnskap-om-covid-19-smitte-hos-barn-og-unge-og-skolens-rolle-i-s/ (consulté le 9/9/2021) x) Une nouvelle variante du virus d’Afrique du Sud détectée chez des voyageurs en Norvège : https://www.fhi.no/nyheter/2020/ny-variant-av-viruset-fra-sor-afrika-pavist-hos-reisende-til-norge/ (consulté le 9/9/2021)</p>
--	---	--

	<p>(consulté le 9/9/2021) ix) Une personne a été testée positive pour le coronavirus : https://www.fhi.no/nyheter/2020/en-person-har-testet-positivt-pa-koronavirus/ (consulté le 9/9/2021)</p>	
--	---	--

Suisse	<p>i) Coronavirus : mesures supplémentaires prévues en Suisse (https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentati on/communiques.msg-id-78205.html) (consulté le 9/9/2021) ii) Nouveau coronavirus COVID-19: premier cas confirmé en Suisse : https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-78233.html (consulté le 9/9/2021)</p>	<p>i) Coronavirus : interdiction d'entrée sur le territoire et quarantaine rétroactive pour les personnes arrivant de Grande-Bretagne et d'Afrique du Sud : https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentati on/communiques.msg-id-81777.html, (consulté le 9/9/2021) ii) Dérogation applicable aux liaisons aériennes avec le Royaume-Uni et avec l'Afrique du Sud au départ et à destination de la Suisse : https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentati on/communiques.msg-id-81814.html (consulté le 9/9/2021) iii) Covid-19 : Nouvelle variante du coronavirus découverte dans deux échantillons en Suisse : https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentati on/communiques.msg-id-81829.html (consulté le 9/9/2021) iv) Covid-19 : deux échantillons découverts avec la variante d'Afrique du sud (https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/docume</p>
--------	--	---

		<p>ntation/communiques.msg-id-81830.html (consulté le 9/9/2021) v)</p> <p>Coronavirus : restaurants, établissements culturels, installations de sport et de loisirs resteront fermés jusqu'à fin février :</p> <p>https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentations/communiques.msg-id-81881.html (consulté le 9/9/2021) vi)</p> <p>Coronavirus: le Conseil fédéral ne renforce pas le dispositif de mesures :</p> <p>https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentations/communiques.msg-id-81849.html, (consulté le 9/9/2021)</p>
--	--	--

Suède	<p>i) Nouveau coronavirus détecté en Chine : (https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/nyt-t-coronavirus-upptackt-i-kina/) (consulté le 9/9/2021) ii) L'Agence suédoise de la santé publique suit le développement du nouveau virus corona : https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/folkhalsomyndigheten-foljer-utvecklingen-kring-det-nya-viruset-i-kina/ (consulté le 9/9/2021) iii) L'OMS classe l'épidémie de coronavirus comme une menace internationale pour la santé</p>	<p>i) Une nouvelle variante du virus Covid-19 est signalée au Royaume-Uni : https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/d-ecember/ny-variant-av-covid-19-viruset-rapporterat-fran-storbritannien/ (consulté le 9/9/2021) ii) Les ressortissants du Royaume-Uni sont encouragés à rester chez eux, à s'abstenir de contacts sociaux et à se tester : https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/d-ecember/inresande-fran-storbritannien-uppmannas-att-hemma-avhalla-sig-fran-sociala-kontakter-och-att-testa-sig/ (consulté le 9/9/2021) iii) La variante du virus britannique détectée en Suède : https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/d-ecember/den-brittiska-virusvarianten-pavisad-i-sverige/ (consulté le 9/9/2021) iv) Quatre nouveaux cas de la</p>
-------	---	---

	<p>humaine :</p> <p>https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/utbrottet-av-nytt-coronavirus-kraver-samordnade-insatser-internationellt/ (consulté le 9/9/2021) iv) Cas confirmé à Jönköping du nouveau coronavirus (2019-nCoV) :</p> <p>https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/bekraftat-fall-av-nytt-coronavirus-i-sverige/ (consulté le 9/9/2021) v) La Suède a une solide organisation de contrôle des infections :</p> <p>https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/sve</p>	<p>variante du virus britannique ont été détectés en Suède :</p> <p>https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/den-brittiska-virusvarianten-pavisade-i-sverige/ (consulté le 9/9/2021) v) Nouveaux cas identifiés de variantes virales britannique et sud-africaine :</p> <p>https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/januari/nya-fall-konstaterade-av-de-brittiska-och-sydafrikanska-virusvarianterna/ (consulté le 9/9/2021)</p>
--	--	---

	<p><u>rige-har-en-stark-smittskyddsorganisation/</u> (consulté le 9/9/2021) vi)</p> <p>L'Agence suédoise de la santé publique propose qu'un nouveau coronavirus soit inclus dans la loi sur le contrôle des infections :</p> <p><u>https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/folkhalsomyndigheten-foreslar-att-nytt-coronavirus-tas-upp-i-smittskyddslagen/</u> (consulté le 9/9/2021)</p>	
--	---	--

<p>Royaume-Uni</p>	<p>i) Déclaration sur le coronavirus du DSAS et de la SPA : (https://www.gov.uk/government/news/dhsc-and-phe-statement-on-coronavirus (consulté le 9/9/2021) ii) Déclaration de l'OCM de l'Angleterre sur le nouveau coronavirus de Wuhan : https://www.gov.uk/government/news/cmo-for-england-statement-on-the-wuhan-novel-coronavirus (consulté le 9/9/2021) iii) Ressortissants britanniques dans la province du Hubei : déclaration du ministère des Affaires étrangères : https://www.gov.uk/government/news/fco-statement-british-</p>	<p>i) La Santé publique d'Angleterre enquête sur une nouvelle variante de COVID-19 : https://www.gov.uk/government/news/phe-investigating-a-novel-variant-of-covid-19 (consulté le 9/9/2021, notre traduction) ii) 149 millions de livres sterling pour soutenir l'augmentation des tests dans les foyers de soins : https://www.gov.uk/government/news/149-million-to-support-increased-care-home-testing (consulté le 9 septembre 2021, traduction de l'auteure) iii) Une évaluation rapide confirme les dispositifs à flux latéral efficace pour détecter la nouvelle variante de COVID-19 : https://www.gov.uk/government/news/rapid-evaluation-confirms-lateral-flow-devices-effective-in-detecting-new-covid-19-variant (consulté le 9/9/2021, notre traduction) iv) Les performances hivernales du test et trace du Service de santé national restent</p>
---------------------------	---	---

	<p>nationalis-in-hubei-province, (consulté le 9/9/2021) iv) Le ministère des Affaires étrangères déconseille tout voyage sauf essentiel en Chine continentale : https://www.gov.uk/government/news/fco-advises-against-all-but-essential-travel-to-mainland-china (consulté le 9/9/2021) v) Départ assisté du Royaume-Uni de Wuhan, Chine : déclaration du ministère des Affaires étrangères : https://www.gov.uk/government/news/fco-spokeswoman-statement-on-uk-assisted-departure-from-wuhan-china (consulté le 9/9/2021) vi) Déclaration des 4 médecins-chefs britanniques sur le</p>	<p>stables : https://www.gov.uk/government/news/nhs-test-and-trace-winter-performance-holds-steady (consulté le 9/9/2021, notre traduction) v) Le Premier ministre annonce le niveau 4 : niveau d'alerte « Restez à la maison » en réponse à la nouvelle variante COVID : https://www.gov.uk/government/news/prime-minister-announces-tier-4-stay-at-home-alert-level-in-response-to-new-covid-variant (consulté le 9/9/2021) vi) La premier ministre annonce un confinement national : https://www.gov.uk/government/news/prime-minister-announces-national-lockdown, (consulté le 9/9/2021, notre traduction) vii) Le test et trace du Service de santé national a demandé à un nombre record de personne de s'isoler pendant la semaine de Noel : https://www.gov.uk/government/news/nhs-test-and-trace-told-a-record-</p>
--	--	---

	<p>nouveau coronavirus : https://www.gov.uk/government/news/statement-from-the-four-uk-chief-medical-officers-on-novel-coronavirus (consulté le 9/9/2021) vii) Des ressortissants britanniques quittent Wuhan par un vol vers le Royaume-Uni : https://www.gov.uk/government/news/british-nationals-depart-wuhan-on-flight-to-the-uk (consulté le 9/9/2021) viii) Médecin-chef confirme des cas de coronavirus en Angleterre : https://www.gov.uk/government/news/cmo-confirms-cases-of-coronavirus-in-england (consulté le 9/9/2021)</p>	<p>number-of-people-to-self-isolate-over-christmas-week (consulté le 9/9/2021, notre traduction) viii) Une nouvelle publicité télévisée demande au public de rester à la maison pour protéger le Service de santé national et pour sauver des vies : https://www.gov.uk/government/news/new-tv-advert-urges-public-to-stay-at-home-to-protect-the-nhs-and-save-lives (consulté le 9/9/2021, notre traduction) ix) Déclaration du médecin-chef, le professeur Chris Whitty, sur les niveaux d'alerte nationaux : https://www.gov.uk/government/news/statement-from-chief-medical-officer-professor-chris-whitty-on-national-alert-levels (consulté le 9/9/2021, notre traduction)</p>
--	--	---

CHAPITRE 3. « RESTEZ À LA MAISON » : LA COMMUNICATION DES AUTORITÉS SANITAIRES SUISSES ET BRITANNIQUES SUR LES MÉDIAS SOCIAUX PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19

Kamyar Kompani

RÉSUMÉ

Au-delà des médias traditionnels de communication, les autorités sanitaires suisses et britanniques ont eu recours aux médias sociaux pour diffuser leurs messages pendant la pandémie de Covid-19 en 2020. Dans la mesure où les médias sociaux les plus populaires sont apparus relativement récemment, la recherche ne s'est pas encore intéressée de très près à l'usage qu'en font les communicateurs de la santé lors d'une crise sanitaire de cette ampleur. C'est désormais chose faite. Dans cet article, j'étudie la communication des autorités de santé publique suisses et britanniques sur Facebook, Instagram et Twitter, en appliquant une analyse de contenu quantitative. Globalement, la communication des autorités sanitaires suisses et britanniques reflète les mesures gouvernementales et les variations du nombre de cas et de décès. Les deux pays ont fréquemment communiqué sur les mesures préventives et ont couvert la plupart des recommandations du modèle de Crisis and Emergency Risk Communication (CERC). Les autorités sanitaires britanniques ont surtout privilégié Facebook et Twitter par rapport à Instagram, alors que leurs homologues suisses ont été actifs sur

les trois plateformes. Malgré cela, la communication du Royaume-Uni a été légèrement plus diversifiée et ciblée que celle de la Suisse

INTRODUCTION

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclare que le Covid-19 est une pandémie mondiale. Pendant les jours et semaines suivant cette annonce, les autorités sanitaires travaillent sans relâche à la mise en place de leurs plans d'intervention, dont les campagnes de communication sont parties intégrantes. Conformément aux recommandations de l'OMS, qui suggère d'utiliser les médias sociaux parallèlement aux médias traditionnels (OMS, 2018), les autorités sanitaires mobilisent les plateformes de médias sociaux populaires pour diffuser leurs messages pendant la pandémie de Covid-19.

Les plateformes de médias sociaux les plus populaires, comme Facebook et Instagram, existent depuis moins de deux décennies et n'ont été employées que dans un nombre limité d'épidémies – en l'occurrence la grippe A (H1N1), Ebola et Zika (Guidry et al., 2017). Cela a restreint les possibilités qu'avaient les chercheurs et chercheuses d'étudier la manière dont les autorités de santé publique utilisent les médias sociaux pendant une crise sanitaire globale. La pandémie de Covid-19 vient manifestement pallier ce manque d'opportunité.

Dans une étude comparative réalisée au cours des premiers mois de la pandémie, les auteurs constatent des variations significatives dans les manières de communiquer sur Facebook des autorités sanitaires du Royaume-Uni, de Singapour et des États-Unis : les autorités sanitaires singapouriennes ont été les plus actives ; chaque pays a privilégié des thèmes différents dans sa communication (Raamkumar et al., 2020). Plutôt que de se concentrer sur les organisations de santé officielles, Syarifuddin et al. (2021) observent quant à eux que la majorité des tweets des gouverneurs des provinces indonésiennes visaient à partager des

informations avec le public, plutôt qu'à engager dans une communication bidirectionnelle (p.4).

En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a également communiqué à propos du Covid-19 sur plusieurs plateformes, notamment Facebook, Instagram et Twitter. De même, au Royaume-Uni, Public Health England, Public Health Scotland, Public Health Agency (Irlande du Nord) et Public Health Wales, ainsi que le National Health Service (NHS), ont partagé des informations relatives au Covid-19 et à la pandémie via les médias sociaux.

La majorité des comptes de médias sociaux appartenant à des organisations sanitaires suisses et britanniques de niveau national ont connu une augmentation significative de leur nombre d'abonné-es en 2020, en particulier pendant les premières semaines de la pandémie. La page Facebook de l'OFSP est notamment passée de 2'022 d'abonné-es le 5 mars 2020, à plus de 100'000 d'abonné-es en avril 2020. Au Royaume-Uni, le compte Facebook de Public Health England est passé de 50'627 d'abonné-es le 21 janvier 2020, à plus de 400'000 d'abonné-es le 22 avril 2020, pour atteindre plus de 605'000 d'abonné-es à la fin de l'année. Quant au compte Instagram de NHS UK, il a gagné plus de 200'000 abonné-es en seulement 10 semaines, pour approcher les 390'000 au 31 décembre 2020.

Étant donné l'intérêt suscité auprès de la population générale par la communication des autorités sanitaires sur les médias sociaux, et de la nouveauté des médias sociaux dans un contexte de pandémie, cette étude vise à répondre aux questions de recherches suivantes :

QR1 : À quelle fréquence les autorités sanitaires suisses et britanniques ont-elles communiqué sur le Covid-19 sur Facebook, Instagram et Twitter en 2020 ?

QR2 : Qu'est-ce que les autorités sanitaires suisses et britanniques ont communiqué à propos du Covid-19 sur Facebook, Instagram et Twitter en 2020 ?

QR3 : Comment la communication des autorités de santé suisses et britanniques sur le Covid-19 - sur Facebook, Instagram et Twitter - a-t-elle évolué en 2020 ?

QR4 : Quelles étaient les différences, s'il y en a, entre la communication des autorités sanitaires suisses et britanniques sur les médias sociaux ?

En tant que deux pays européens qui ne font pas partie de l'Union européenne, la Suisse et le Royaume-Uni partagent des similitudes qui justifient leur comparaison. Ils ont également des caractéristiques en commun relatifs à l'utilisation des médias sociaux : Facebook est la plateforme avec le plus grand nombre d'utilisateurs et d'utilisatrices dans les deux pays, tandis qu'Instagram est particulièrement populaire chez les jeunes (Statista, 2021a ; Statista, 2021c). Et bien qu'il soit plus populaire au Royaume-Uni qu'en Suisse, Twitter compte nettement moins d'adeptes que Facebook et Instagram dans les deux pays (Statista, 2021f).

Dans les parties qui suivent, je présente d'abord un bref sommaire des médias sociaux, avant de fournir une revue de la littérature incluant un aperçu de la communication des risques et les médias sociaux pendant les épidémies sur les médias sociaux. La section des résultats partage les découvertes les plus significatives de l'analyse de la communication des autorités sanitaires suisses et britanniques sur Facebook, Instagram et Twitter pendant la pandémie de Covid-19, en 2020. Enfin, dans la section de discussion, je reprends les résultats à l'aune de la littérature présentée et passe en revue les caractéristiques clés des deux pays, avant de terminer par une conclusion.

APERÇU DES MÉDIAS SOCIAUX

FACEBOOK

En février 2004, Mark Zuckerberg a lancé « The Facebook » (Phillips, 2007). Au départ, la plateforme permettait aux étudiant·es de l'Université de Stanford de consulter les profils de leurs camarades de classe et d'évaluer leur degré d'attractivité (Ibid). Deux ans plus tard, Facebook a abandonné sa « fonction d'évaluation » et s'est étendu au-delà des établissements d'enseignement à toute personne possédant une adresse électronique (Ibid).

Depuis, la plateforme a connu une croissance astronomique, atteignant 2,85 milliards d'utilisateurs et d'utilisatrices mensuelles actifs/ves en 2021 (Statista, 2021a). Ses fonctionnalités ont également évolué au fil des années. Les utilisateurs et utilisatrices peuvent désormais diffuser en direct, partager des histoires et gérer des « pages » Facebook¹². Cette dernière fonctionnalité permet aux individus ou aux organisations de partager du contenu avec leurs adeptes. Lorsqu'une personne « suit » une page Facebook, elle commence à voir les mises à jour de cette page sur son fil d'actualité (Ibid). C'est principalement grâce à cette fonctionnalité que les organisations de santé publique suisses et britanniques ont communiqué avec les utilisateurs et utilisatrices de Facebook pendant la pandémie de Covid-19.

Facebook est le média social le plus populaire en Suisse et au Royaume-Uni. En avril 2021, il y avait près de 55 millions d'utilisateurs et utilisatrices de Facebook au Royaume-Uni (Statista, 2021a), les personnes âgées de 25 à 34 ans constituant le groupe le plus important (Statista, 2021b). En Suisse, on compte

 ¹² Site web de Facebook :

<https://www.facebook.com/business/help/461775097570076?id=939256796236247> (consulté le 3/5/2021)

plus de 5,6 millions d'utilisateurs et utilisatrices de Facebook en avril 2021 (Statista, 2021c).

INSTAGRAM

Instagram est une plateforme de médias sociaux de partage de photos et de vidéos lancée en 2010 et acquise par Facebook à peine deux ans plus tard (Rusli, 2012). Deux fonctionnalités d'Instagram sont importantes à souligner. Premièrement, les utilisateurs et utilisatrices peuvent partager une image ou une vidéo en la publiant simplement sur leur profil avec une légende, comme sur Facebook. Les *stories* Instagram – concept emprunté au concurrent Snapchat (Wagner, 2018) – constitue une autre façon de partager du contenu. Cette fonctionnalité permet de publier des vidéos ou des images qui disparaissent après 24 heures (Forsey, 2020).

En avril 2021, on comptait 32 millions d'utilisateurs et utilisatrices d'Instagram au Royaume-Uni et 3,7 millions en Suisse (Statista, 2021d ; Statista, 2021e). La démographie d'Instagram est, en moyenne, plus jeune que celle de Facebook. Près de 30 % des utilisateurs et utilisatrices suisses et britanniques d'Instagram sont âgé-es de 25 à 34 ans (Ibid). Les 18-24 ans constituent la deuxième catégorie la plus importante (Ibid).

TWITTER

Lancée en 2006, Twitter permet de publier et d'interagir via des messages appelés « tweets ». Les utilisateurs et utilisatrices peuvent soit créer leur propre tweet original, soit simplement « retweeter » le message de quelqu'un d'autre¹³.

●
¹³ Site web Twitter : <https://media.twitter.com/en/twitter-basics> (consulté le 3/5/2021)

Même s'il a été créé à peu près au même moment que Facebook, et bien avant Instagram, Twitter compte un nombre d'utilisateurs et utilisatrices moindre. En janvier 2021, le Royaume-Uni en comptait 16,5 millions (Statista, 2021f), alors que la Suisse en comptait 920'000 en 2018 (Statista, 2018).

COMMUNICATION DES RISQUES ET LES MÉDIAS SOCIAUX

Historiquement, les spécialistes des sciences sociales ont joué un rôle limité dans le système de santé mondial, y compris dans les réponses aux épidémies et aux pandémies (Bourrier et al., 2019, p.2). Les anthropologues constituent à ce titre une exception notable. Ils font partie du système de santé mondial depuis quelques décennies, même si « leur implication concrète dans la réponse aux épidémies n'a commencé à avoir des effets, et de manière modérée, qu'à la fin des années 1990 » (Ibid). Ce n'est que récemment que d'autres spécialistes des sciences sociales ont été invité-es à y contribuer à travers le prisme de la « communication des risques » (Ibid). La communication des risques, qui s'est structurée en domaine spécifique et spécialisée dans les années 1980, est définie par l'OMS comme « l'échange en temps réel d'informations, de conseils et d'opinions entre les experts, les dirigeants communautaires, les fonctionnaires et les personnes à risque, et fait partie intégrante de toute intervention d'urgence » (WHO, 2018, p.1).

Le domaine de la communication des risques a continuellement évolué au cours des dernières décennies. Au début, la communication des risques suivait une logique unilatérale et descendante. Les personnes expertes devaient simplement partager l'information avec le public (Bourrier et al., 2019, p.106). À cette époque, seul-es les expert-es avaient accès aux informations scientifiques et le public était considéré comme un destinataire passif (Ibid, p.107). Au fil des années, la

communication des risques a commencé à mettre l'accent sur le « processus interactif d'échange d'informations ». La communication des risques est désormais considérée comme une voie à double sens, avec un public actif qui contribue à la gestion des risques et des crises (Ibid). Cette évolution qu'a connue la communication des risques pourrait être attribuée à la « contribution croissante des sciences sociales à la gestion des risques » (Ibid). À l'origine, la gestion des risques s'intéressait aux « perceptions inadéquates des risques » de la part du public, alors qu'aujourd'hui l'accent est mis sur l'amélioration de la façon dont le public reçoit et accepte les décisions prises en réponse à des événements indésirables (Ibid).

La partie suivante de la revue de littérature porte sur l'utilisation des médias sociaux par les organisations de santé pendant les épidémies.

COMMENT LES ORGANISATIONS DE SANTÉ UTILISENT LES MÉDIAS SOCIAUX PENDANT LES ÉPIDÉMIES : CE QUE NOUS SAVONS

Traditionnellement, les responsables de communication sanitaire s'appuyaient sur les médias, les sites Web et les supports physiques (par exemple, les affiches et les dépliants) pour diffuser des informations pendant les épidémies (Raamkumar et al., 2020, p.1). Au cours des quinze dernières années, de nombreuses plateformes de médias sociaux ont émergé, permettant la diffusion massive d'informations (Agrawal & Gupta, 2020).

Dans une revue récente, Agrawal et Gupta (2020) examinent 49 articles ayant étudié les médias sociaux dans le contexte des épidémies. Parmi leurs observations, ils constatent que la plateforme de médias sociaux la plus étudiée est Twitter (26 études), suivie de YouTube (6 études) et de Facebook (3 études) (Ibid, p.190). Les auteurs relèvent également que les médias

sociaux sont surtout utilisés pour partager des informations, plutôt que pour influencer le comportement du public, surveiller les maladies ou démystifier la désinformation (Ibid, p.194-195).

Malgré la quasi-monopolisation de la littérature par Twitter (Agrawal & Gupta, 2020), des études ont été menées sur Facebook et, dans une moindre mesure, sur Instagram. Lwin et al. (2018) étudient les messages des autorités sanitaires publiés sur Facebook au milieu de l'épidémie de Zika de 2016 à Singapour. Leur analyse s'appuie sur le modèle Crisis and Emergency Risk Communication (CERC), conçu à l'origine pour les médias traditionnels, et se conclut par une recommandation des auteurs suggérant une version adaptée aux médias sociaux (Lwin et al., 2018, p.15).

Le modèle CERC du Centers for Disease Control and Prevention Nord-américain (CDC) est basé sur « les leçons tirées des urgences de santé publique passées et des recherches dans les domaines de la santé publique, de la psychologie et de la communication des risques en cas d'urgence ». Il divise les crises en différentes phases et avance six recommandations principales : 1) parler dès le début ; 2) être juste ; 3) être crédible ; 4) exprimer de l'empathie ; 5) encourager l'action ; 6) faire preuve de respect¹⁴ (CDC, 2018, p.3). À la suite de leur analyse des messages Facebook des autorités sanitaires de Singapour et des réactions qu'ils ont suscitées, Lwin et al. (2018) recommandent que, pendant la phase précédant l'épidémie, les responsables de la communication sanitaire incluent dans leurs messages des éléments d'auto-efficacité (comme le lavage des mains) et de réduction de l'incertitude (comme les rapports de cas), aux côtés des messages sur les risques, des avertissements et des mises à



¹⁴ Per verbatim traduction de l'anglais : communiquer aussi tôt, correctement et de manière crédible que possible, tout en exprimant de l'empathie, en promouvant des actions concrètes que les gens peuvent prendre, et en montrant du respect en favorisant « la collaboration et le rapport » (CDC, 2018, p.3).

jour sur la préparation (p.15). Leur modèle de communication spécifique aux médias sociaux adapté du CERC suggère également de promouvoir la responsabilité publique et de remercier le public pour sa coopération (Ibid, p.16).

Comme le souligne Bourrier (2018), le modèle CERC fusionne la « communication de crise » et la « communication des risques » en un seul modèle. Ces deux concepts ont toujours été interconnectés. La principale différence entre les deux est que la communication de crise a lieu pendant la crise elle-même (Bourrier, 2018, p.3), alors que la communication des risques est souvent préventive et s'adresse à des « situations potentielles de préjudice et de danger. »

Dans une rare étude qui inclut Instagram, une équipe a étudié la communication de l'OMS, des CDC et des Médecins sans frontières (MSF) sur les médias sociaux pendant la crise d'Ebola de 2014 (Guidry et al., 2018, p.480). Les chercheurs et chercheuses ont décidé d'inclure Instagram, alors même qu'elle n'était encore qu'une plateforme émergente en 2014 (Ibid, p.479). Leur analyse de contenu souligne des différences entre les organisations et les plateformes, notamment que les publications d'Instagram généraient en moyenne plus d'interactions que les tweets, ce qui peut être interprété comme « l'indication d'un public attentif et réactif » (Ibid). Ces résultats, associés au potentiel d'Instagram pour la communication bidirectionnelle, amènent l'équipe à recommander que, bien qu'il soit important de maintenir une présence sur la plupart des plateformes, Instagram pourrait être priorisé étant donné qu'il peut produire les meilleurs résultats (Ibid, p.485).

La dernière partie de cette revue de la littérature présente les recherches récentes publiées sur l'activité des autorités sanitaires et politiques sur les médias sociaux pendant la pandémie de Covid-19.

COMMUNICATIONS DES RISQUES SUR LES MÉDIAS SOCIAUX PENDANT LA COVID-19

Bien que la pandémie soit alors seulement dans sa première année, des équipes de recherche commençaient déjà à publier des études sur les activités des organisations de santé et du monde politique sur les médias sociaux.

Dans une comparaison entre pays, Raamkumar et al. (2020) constatent que les autorités sanitaires du Royaume-Uni, de Singapour et des États-Unis communiquent sur Facebook de manière variable (p.8) : les autorités singapouriennes sont les plus actives ; chaque pays donne la priorité à des thèmes différents dans leur communication sur la Covid-19 (Ibid). Dans une étude similaire portant sur Twitter, Syarifuddin et al. (2021) observent que la majorité des tweets des gouverneurs des provinces indonésiennes visent à partager des informations avec le public, plutôt qu'à consulter ou à impliquer les utilisateurs et utilisatrices (p.4).

Michael Haman (2021) se concentre, quant à lui, sur les comptes Twitter des politicien-nes canadien-nes pendant le Covid-19, plutôt que sur les organisations de santé. Parmi ses principales conclusions, Haman (2021) remarque que les politicien-nes canadien-nes ont gagné un nombre important de nouveaux/elles adeptes sur Twitter au cours du premier semestre de 2020 (p.7). Il montre également qu'un grand nombre de ces nouveaux/elles adeptes ont créé leur compte pendant la pandémie, ce qui suggère que de nombreux/euses Canadien-nes se sont tourné-es vers Twitter pour obtenir des informations liées à la pandémie (Ibid, p.14).

Dans une autre étude canadienne, les auteurs utilisent une approche quantitative (régression linéaire) pour déterminer les facteurs ayant permis à certains messages Facebook et Twitter du gouvernement canadien sur le Covid-19 d'obtenir plus de *likes* et de *views* que d'autres (Teichman et al., 2020). Sur la base de leurs

résultats, ils concluent que les facteurs les plus importants sont : le type de compte utilisé (les messages envoyés par les comptes personnels de fonctionnaires réussissent mieux que les comptes d'entreprise), le fait d'avoir des « messages précis avec des directives sanitaires clairement formulées », d'être créatif/ve ; et de publier du contenu qui est adapté aux caractéristiques spécifiques de la plateforme (Ibid, pp.25-26).

D'après les résultats de l'étude publiés à ce jour, l'accent semble toujours être mis sur Facebook et Twitter, malgré la hausse continue de la popularité d'Instagram au cours des dernières années (Statista, 2020). La section suivante présente la méthodologie et les données de mon étude.

MÉTHODOLOGIE ET DONNÉES

Afin d'étudier la communication relative au Covid-19 des autorités sanitaires suisses et britanniques sur les médias sociaux en 2020, j'ai procédé à une analyse de contenu quantitative. Par rapport à une méthode qualitative, l'analyse de contenu quantitative exige un corpus de données plus important, ce qui lui permet de produire des tendances numériques (Coe & Scacco, 2017, p.1).

Dans le cas de la Suisse, j'ai sélectionné les comptes Facebook, Instagram et Twitter de l'OFSP. En tant qu'organisation fédérale en charge de la santé publique, l'OFSP est responsable de la « campagne d'information publique » en cas de crise (OFSP, 2018, p.18). Au Royaume-Uni, contrairement à la Suisse où une seule organisation nationale de santé a contribué à la campagne de communication Covid-19 du pays, plusieurs organisations relevant du NHS et du Department of Health and Social Care ont communiqué à propos de la pandémie sur les médias sociaux. J'ai retenu les comptes avec plus de 10'000 d'abonné-es (au 31 décembre 2020) : National Health Service UK (NHSUK) (Facebook, Instagram et Twitter), NHS England and

Improvement (Instagram), Public Health Agency (Facebook), Public Health England (Facebook, Instagram et Twitter), Public Health Scotland (Twitter) et Public Health Wales (Twitter). Étant donné que les comptes Twitter avaient des taux de publication nettement plus élevés que les pages Facebook et Instagram, j'ai codé au hasard 10 à 20 % des tweets de chaque compte. Au total, l'échantillon de l'étude contient 2'335 publications provenant de 13 comptes¹⁵.

L'unité d'analyse est la publication (e.g., la publication Facebook, la publication Instagram et la publication/tweet Twitter) et inclut le texte figurant dans la légende et le contenu multimédia.

Les codes utilisés pour l'analyse de contenu sont soit basés sur le modèle CERC de Lwin et al. (2018) adapté aux médias sociaux, soit sont dérivés de manière inductive au cours de l'analyse. Les thèmes sont catégorisés en trois grands domaines : (i) les messages destinés à sensibiliser et à réduire l'incertitude concernant le Covid-19 et la pandémie ; (ii) les messages décrivant les restrictions imposées par le gouvernement ou partageant les mesures de prévention et d'atténuation ; et (iii) les messages destinés à encourager la solidarité et à apporter du soutien pendant la pandémie.

Pour faciliter l'analyse, l'année 2020 est divisée en quatre périodes. La première période – « Pré-pandémique » – va du début de l'année jusqu'au 11 mars 2020, date à laquelle l'OMS qualifie le Covid-19 de pandémie globale.

La deuxième période – « Premier confinement » – couvre les premiers confinements nationaux de la Suisse et du Royaume-Uni jusqu'au 10 mai 2020, lorsque Boris Johnson présente un « plan

●
¹⁵ Les publications Facebook et Instagram ont été collectées avec CrowdTangle, tandis que les tweets ont été obtenus avec NCapture et NVivo, avant d'être exportés sous forme de fichiers Excel.

conditionnel » pour rouvrir le Royaume-Uni (The Independent, 2020). À cette date, cela fait déjà plus de deux semaines que la Suisse a commencé à assouplir ses restrictions (Conseil fédéral, 2020b), tandis que le Royaume-Uni prolongeait son confinement pour « au moins » trois semaines, le 16 avril 2020 (Institute for Government Analysis, 2020).

La troisième période – « Après les confinements » – commence le 11 mai 2020. Cependant, le Royaume-Uni ne commence à rouvrir progressivement ses écoles et ses magasins non-essentiels que le 1er juin et le 15 juin 2020 (Institute for Government Analysis 2020). Malgré ces différences initiales, les mois suivants se caractérisent par un assouplissement des restrictions dans les deux pays, bien que des variations locales persistent (Ibid ; Conseil fédéral, 2020a). Par exemple, le premier confinement local au Royaume-Uni entre en vigueur le 4 juillet 2020, à Leicester et dans certaines parties du Leicestershire (Institute for Government Analysis 2020). Cette période se termine le 14 septembre 2020, lorsque la « règle des six » entre en vigueur au Royaume-Uni, interdisant les rassemblements sociaux de plus de six personnes (Kate Ng, 2020).

La dernière période – « Retour des restrictions » – couvre le reste de l'année, qui est marquée par la réintroduction des mesures de restriction en Suisse et au Royaume-Uni. En Suisse, le Conseil fédéral interdit les rassemblements publics spontanés de plus de 15 personnes le 18 octobre 2020 (Conseil fédéral, 2020b). Au Royaume-Uni, Boris Johnson annonce une deuxième mesure de restriction en Angleterre, afin d'éviter un « désastre médical et moral » pour le NHS (Institute for Government Analysis, 2020). Les mesures spéciales mises en place pour les vacances dans les deux pays sont également incluses dans cette période.

La partie suivante de cet article présente les résultats. Ils sont divisés selon les quatre périodes décrites dans la section de méthodologie.

QUI A DIT QUOI ET QUAND ?

Le compte Twitter de l'OFSP est un des premiers comptes à communiquer sur le Covid-19. Le 21 janvier 2020, les autorités sanitaires suisses tweet qu'elles suivent l'évolution de la situation et qu'elles informeront le public en cas de changement. Le compte Instagram de l'OFSP fait de même et partage le même message deux jours plus tard.

Public Health England est le premier compte à publier un message sur le coronavirus au Royaume-Uni. Le 21 janvier 2020, leur compte Facebook avertit les voyageurs et voyageuses de faire attention s'ils se rendent à Wuhan pour le Nouvel An chinois. Public Health England ne mentionne cependant pas explicitement le « coronavirus » ou le « Covid-19 ». Ce message est suivi d'un autre le lendemain, informant le public que « plus de 400 cas de Wuhan Novel Coronavirus [ont été] signalés, dont cinq cas diagnostiqués en dehors de la Chine ». Les autres comptes britanniques commencent à publier des messages sur le Covid-19 vers la fin du mois de janvier 2020 ou le mois suivant.

Figure 1 : Premier message britannique sur le Covid-19. C'est le seul message de l'ensemble de données (des deux pays) qui ne mentionne pas explicitement le « coronavirus » ou le « Covid-19 »



Source : Page Facebook de Public Health England (consulté le 17/06/2021)

Certains des comptes les plus importants, notamment les pages Facebook de l'OFSP et de NHS UK, ne postent pas sur le Covid-19 avant février ou mars 2020. Le compte Instagram de NHS UK, qui est le plus grand compte Instagram de cette étude en termes d'abonné-es, ne publie pas sur Covid-19 avant le 30 mars 2020.

Les sous-sections de résultats suivantes décrivent et comparent la communication sur les médias sociaux des autorités sanitaires suisses et britanniques au cours de chaque période.

PRÉ-PANDÉMIQUE (1 JANVIER – 11 MARS 2020)

Depuis le début de l'année jusqu'au moment où l'OMS qualifie l'épidémie de Covid-19 de pandémie mondiale, le 11 mars 2020, la page Instagram de l'OFSP est l'un des comptes non-Twitter¹⁶ les plus actifs, publiant 22 postes concernant le Covid-19. Un quart de leurs publications abordent, ensemble ou séparément, trois thèmes : les symptômes associés au virus, l'importance de maintenir de bonnes pratiques d'hygiène, comme le lavage des mains et la manière correcte d'éternuer et de tousser, ainsi que la nécessité de rester à la maison. Le message le plus partagé durant cette période concerne l'infoline Covid-19 mise en place par l'OFSP. Elle est alors incluse dans 40 % de leurs messages, mais ne sera partagée que trois fois de plus au cours du reste de l'année.

Bien que l'OFSP publie sur Twitter des messages sur le lavage des mains (10 %) et l'importance de rester à la maison (10 %), la majorité des tweets porte sur le nombre de cas de Covid-19 en Suisse (28 %) ou sur les conférences de presse du Conseil fédéral (21 %). C'est le début de la mise en œuvre par l'OFSP d'un plan de communication différent sur Twitter.

Sur Facebook, l'OFSP a un plan de communication similaire à celui de sa page Instagram, mais elle ne commence à le mettre en œuvre que le 28 février 2020.

De la même manière, les comptes britanniques partagent un nombre limité de publications pendant la période prépandémique. Deux exceptions sont les pages Facebook de Public Health England et de Public Health Agency. L'agence de santé publique d'Irlande du Nord publie principalement des messages sur les symptômes du Covid-19 (27 %), le lavage des

●
¹⁶ Par rapport à Facebook et Instagram, les comptes Twitter ont tendance à avoir un nombre plus élevé de messages, étant donné que le même message est souvent partagé plusieurs fois, parfois dans la même journée.

maines (27 %) et le nombre de cas confirmés ou de tests effectués (36 %). Elle cible également les voyageurs et voyageuses de retour au pays, puisque près de 50 % de ses messages contiennent des informations relatives aux voyages. Ces messages sont souvent partagés ensemble à travers de courtes vidéos. Public Health England produit également des contenus similaires.

PREMIERS CONFINEMENTS (12 MARS – 10 MAI 2020)

La deuxième période de l'analyse – qui commence le 12 mars 2020, un jour après la déclaration de l'OMS concernant le caractère pandémique de la crise du Covid-19, et se termine le 10 mai 2020, date à laquelle le Premier ministre britannique Boris Johnson annonce « un plan conditionnel » pour assouplir les restrictions – est marquée par une augmentation significative de la communication. La plupart des comptes commencent à publier des messages sur le virus tous les jours ou tous les deux jours. Les mois de mars à mai 2020 enregistrent le plus grand nombre de messages sur le Covid-19 dans les deux pays (les figures 6 à 8 montrent les taux de publication mensuels des autorités).

Au cours de cette période qui couvre les premiers confinements nationaux de la Suisse et du Royaume-Uni, les autorités sanitaires soulignent, sans surprise, l'importance de rester chez soi avant tout. Un tiers de tous les messages suisses et britanniques invitent les gens à rester chez eux, tandis que 16 % leur rappellent de tenir les mesures de distanciation physique.

Dans le cas de la Suisse, l'OFSP publie également régulièrement des messages portant sur les restrictions et les mesures introduites pour faire face à la pandémie, ainsi que des messages soulignant la responsabilité commune de la population dans la lutte contre le Covid-19.

En plus des messages insistant sur cette notion de responsabilité commune de la population, les autorités sanitaires britanniques partagent des liens vers des ressources de soutien mental créées spécifiquement pour faire face à la situation pandémique. Dans l'ensemble, 15 % de tous les messages britanniques reconnaissent l'impact mental négatif que la pandémie – et en particulier le fait de devoir rester à la maison – peut avoir sur le public, et renvoient à des ressources de soutien mental. Certains comptes britanniques mettent encore plus l'accent sur la santé mentale en relation avec la pandémie de Covid-19. En effet, Public Health England et NHS UK parlent de la santé mentale dans 25 % et 22 % de leurs messages, tandis que Public Health Wales consacre 30 % de ses tweets aux différents impacts psychiques de la pandémie.

L'OFSP, quant à elle, partage un nombre plus limité de publications sur la santé mentale. C'est sur sa page Facebook que l'on trouve la proportion la plus élevée – soit 7,5 % – de messages concernant cette thématique.

APRÈS LES CONFINEMENTS (11 MAI – 14 SEPTEMBRE 2020)

Durant la troisième période – qui va du 11 mai 2020, un jour après l'annonce par le Premier ministre britannique Boris Johnson de l'assouplissement progressif des restrictions, jusqu'au 14 septembre 2020 – de nouveaux messages commencent à apparaître. Notamment dans le cas suisse, des messages sur le traçage des contacts remplacent les publications encourageant les gens à rester chez eux. Durant cette période, plus de 20 % des messages de l'OFSP sur Facebook et Instagram concernent, en effet, la recherche des cas contacts. Il est intéressant de noter qu'en mai et juin 2020, 82 % des postes Facebook et Instagram de l'OFSP sur le traçage des contacts sont partagés.

Le NHS poste également fréquemment sur le traçage des contacts, tandis que d'autres comptes britanniques donnent davantage la priorité à la thématique des tests. Ainsi, un quart des messages Facebook de la Public Health Agency et de Public Health England traitent du dépistage. Parallèlement, ce sont 20 % des tweets de Public Health Wales qui sont consacrés à ce sujet.

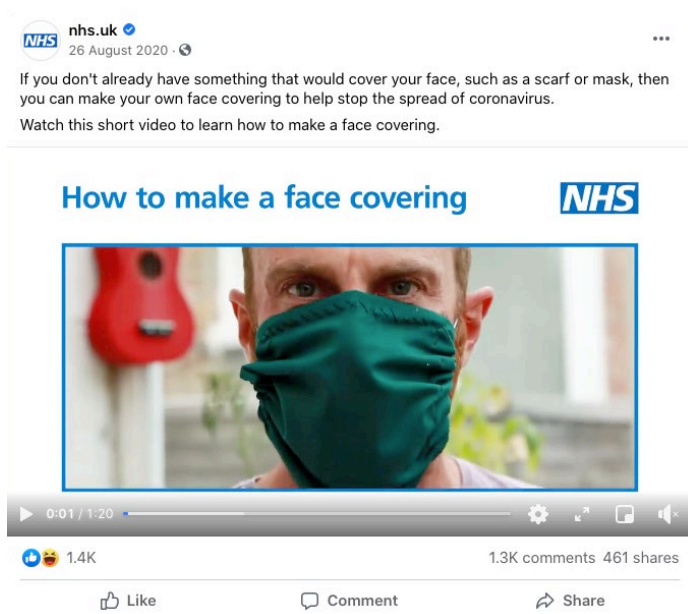
Les autorités sanitaires commencent à intégrer des messages sur les masques dans leur communication sur les médias sociaux lorsque différentes mesures relatives aux masques sont introduites en Suisse et au Royaume-Uni, en juin et juillet 2020 (Conseil fédéral, 2020d ; Kate Ng, 2020). Avant ce moment, seuls quelques messages portant sur ce sujet avaient été partagés. Ces messages n'incitaient pas nécessairement la population à les porter. « Bien que les masques jouent un rôle vraiment important dans des endroits comme les hôpitaux, il y a très peu de preuves de bénéfices généralisés pour la population générale », expliquait Nam Nguyen, responsable clinique au NHS, dans une courte vidéo de questions-réponses publiée sur la page Facebook de NHS UK le 6 mars 2020. L'OFSP partageait un message similaire sur Instagram le 28 mars 2020. « Il n'est pas recommandé aux personnes en bonne santé de porter des masques en public. Ils n'offrent pas un niveau de protection fiable dans de tels contextes. »

Inutile de préciser que, dès l'été, la situation avait changé. Les autorités sanitaires commencent à communiquer sur divers aspects liés aux masques en mai 2020. En septembre 2020, le thème du masque atteint un niveau d'importance similaire à celui du lavage des mains et de la distanciation sociale. « Arrêtez la propagation du coronavirus et continuez à vous protéger les uns les autres. Lavez-vous les mains. Couvrez-vous le visage. Faites de la place », publie NHS UK sur Facebook en septembre 2020.

Entre le 11 mai et le 14 septembre 2020, 15 % des publications Facebook de l'OFSP et 2 % de ses messages Instagram concernent les masques. Parmi les comptes britanniques, NHS

UK est celui qui accorde le plus d'importance à cette thématique. Plus de 22 % de leurs publications Facebook et 20 % de leurs tweets parlent des masques, et notamment de la manière dont il est possible d'en fabriquer à la maison.

Figure 3 : Tutoriel vidéo sur la façon de faire des masques faciaux à la maison partagé par NHS UK sur Facebook



Source : Page Facebook de NHS UK (consulté le 3/7/2021)

Malgré ces similitudes entre la communication sur les médias sociaux des autorités sanitaires suisses et britanniques, la période suivant les confinements met en évidence le caractère légèrement plus diversifié et ciblé de la communication du Royaume-Uni par rapport à la Suisse. Au cours des quatre périodes étudiées, les pages Facebook et Instagram de l'OFSP abordent respectivement 27 et 30 thèmes différents liés au Covid-19, alors que les pages Facebook de NHS UK et de Public Health Agency traitent 32 et

34 thèmes différents. De plus, la diversité de la communication de l'OFSP était particulièrement limitée sur Twitter.

Figure 4 : Publication sur Facebook de Public Health Agency de l'Irlande du Nord rappelant l'importance de l'exercice physique

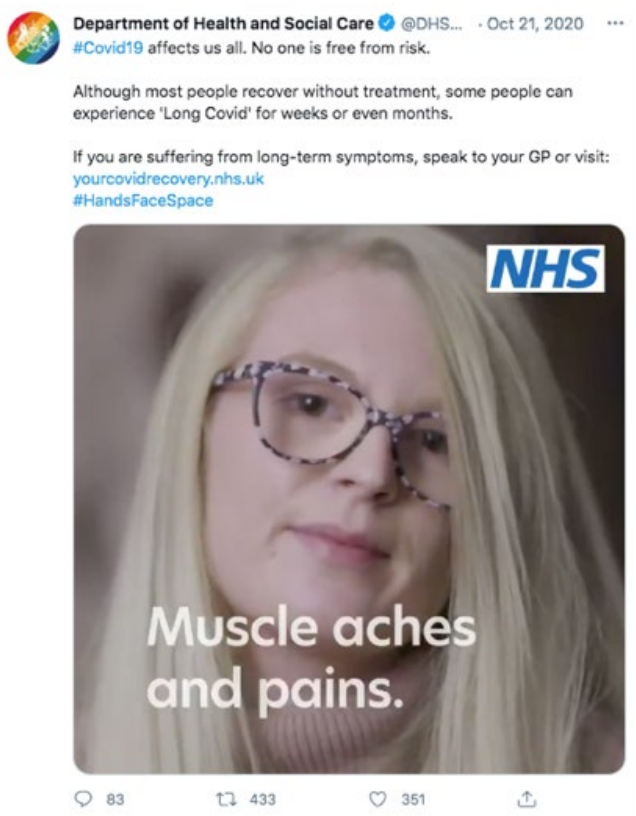


Source : Page Facebook de Public Health Agency (consulté le 3/7/2021)

Par exemple, en plus des messages destinés aux personnes vulnérables, généralement les personnes âgées, Public Health Agency et d'autres comptes britanniques ont diffusé des messages spécialement conçus pour les femmes enceintes. En outre, les comptes britanniques ont également diffusé des

recommandations pour les personnes se remettant de la maladie induite par le virus, ainsi que pour celles souffrant de « Covid long ».

Figure 5 : Message sur le Covid long repartagé par NHS England and Improvement



Source : Compte Twitter du Department of Health and Social Care (consulté le 16/09/2021)

RETOUR DES RESTRICTIONS (15 SEPTEMBRE – 31 DÉCEMBRE)

Alors que la pandémie entre dans son septième mois, les responsables suisses et britanniques commencent à enregistrer une résurgence des cas de Covid-19, conduisant à une réintroduction des restrictions en septembre et octobre 2020 (Institute for Government Analysis, 2020 ; The Independent 2020 ; Conseil fédéral, 2020b).

La communication du Royaume-Uni au cours de cette période (du 15 septembre au 31 décembre 2020) se concentre sur les vaccins contre le Covid-19, dont il est question dans 24 % de ses publications. NHS UK est l'entité qui met le plus l'accent sur les vaccins, et ce, sur les trois plateformes de médias sociaux (32 %), avec un léger avantage pour Facebook (38 %).

En fait, les comptes britanniques ont déjà communiqué à quelques reprises sur les vaccins plus tôt dans l'année, bien avant le 2 décembre 2020, date à laquelle le Royaume-Uni devient le premier pays à approuver le vaccin de Pfizer et BioN-Tech contre le Covid-19 (Herper, 2020). « À partir d'aujourd'hui, vous pouvez vous inscrire pour être contacté au sujet de la participation à des études approuvées sur le vaccin contre le coronavirus au Royaume-Uni. #BePartOfResearch », publie le NHS UK sur Facebook, le 20 juillet 2020.

Sans surprise, la communication de l'OFSP sur le vaccin contre le Covid-19 est beaucoup plus limitée au cours des trois derniers mois de l'année. Ce thème n'apparaît en effet que dans 9 % de ses publications sur Facebook et Instagram. Contrairement au Royaume-Uni, la Suisse ne participe pas au développement des vaccins contre Covid-19 et n'autorise que l'utilisation du premier vaccin contre le coronavirus de Pfizer/BioNTech sur son territoire que le 19 décembre 2020 (Conseil fédéral, 2020c).

La section suivante du document traite des principaux résultats de l'étude et de leur lien avec la littérature.

DISCUSSION

D'abord, il est important de noter que la plupart des organisations sanitaires suisses et britanniques avaient une présence limitée avant la pandémie sur Facebook et – surtout – sur Instagram. Pourtant, la littérature met en avant « l'importance de se faire des amis avant d'en avoir besoin » (Eriksson, 2018, p.533). La raison en est simple : pour que la population sache où trouver des informations et « éviter les vides d'information » lors de crises et d'urgences futures, il est nécessaire d'anticiper la préparation des messages et du matériel éducatif avant même qu'une crise ne se produise (Ibid, p. 534).

Les pages Facebook et Instagram des autorités ont rapidement gagné un nombre important d'abonné-es en 2020. Cependant on ne sait pas interpréter finement comment l'absence d'une audience préalable avant la pandémie a pu influencer l'adhésion à la communication des comptes officiels, objets de l'étude. On observe simplement qu'ils ont tous très rapidement gagné beaucoup d'abonné-es au début de la pandémie. Soulignons néanmoins que l'on peut s'abonner aux pages gouvernementales pour s'adapter le plus rapidement possible aux mesures prises, quand bien même on les désapprouverait voire on chercherait à les contourner. Ainsi, la page Facebook de l'OFSP est passée de 2'022 d'abonné-es le 5 mars 2022, à plus de 100'000 d'abonné-es en avril 2020. Au Royaume-Uni, le compte Facebook de Public Health England, qui était déjà actif avant 2020, est passé de 50'627 d'abonné-es le 21 janvier 2020, à plus de 400'000 d'abonné-es le 22 avril 2020, pour atteindre plus de 605'000 d'abonné-es à la fin de l'année. Le compte Instagram de NHS UK a quant à lui gagné plus de 200'000 nouveaux d'abonné-es en seulement 10 semaines, pour atteindre 390'000 d'abonné-es au 31 décembre 2020.

Cette recherche ne permet pas de montrer quel pourcentage de nouveaux/elles d'abonné-es des pages suisses et britanniques ont créé leur compte dans les premiers jours de la pandémie dans le but spécifique d'accéder aux messages relatifs au Covid-19 (Haman, 2021, p.14). Cependant, l'augmentation significative du nombre de d'abonné-es suggère que de nombreux/euses utilisateurs/rices suisses et britanniques se sont tourné-es vers les médias sociaux pour obtenir des informations des autorités sanitaires.

Le reste de cette section traite de la fréquence des publications des autorités, de la communication plus diversifiée et plus ciblée du Royaume-Uni, des différences entre les préférences de plateforme des deux pays et du modèle CERC.

LA FRÉQUENCE DE PUBLICATIONS SUIT DE PRÈS L'ÉVOLUTION DE LA PANDÉMIE EN SUISSE ET AU ROYAUME-UNI

Comme l'illustrent les figures 6, 7 et 8, les comptes suisses et britanniques présentent des taux de publications mensuels relativement similaires. Après avoir atteint un pic entre mars et mai 2020, ils chutent de manière significative pendant l'été. Dans certains cas, ils atteignent même des nombres à un seul chiffre en août et septembre 2020, avant de rebondir au cours du dernier trimestre de l'année. Cette tendance semble suivre l'évolution de la pandémie en Suisse et au Royaume-Uni (la figure 9).

Figure 6 : Nombre de publications mensuelles sur Facebook par l'OFSP, Public Health Agency (Irlande du Nord), Public Health England et NHS UK

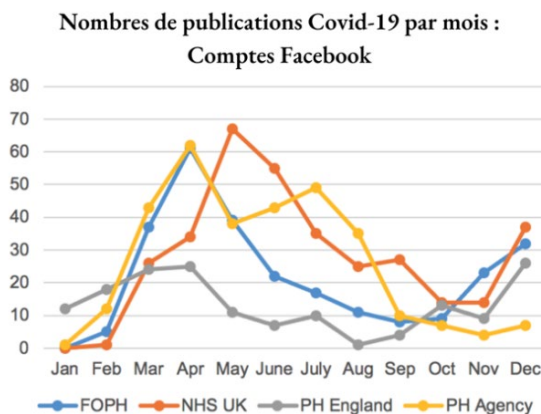


Figure 7 : Nombre de postes Instagram par mois par l'OFSP, Public Health England, NHS England and Improvement et NHS UK

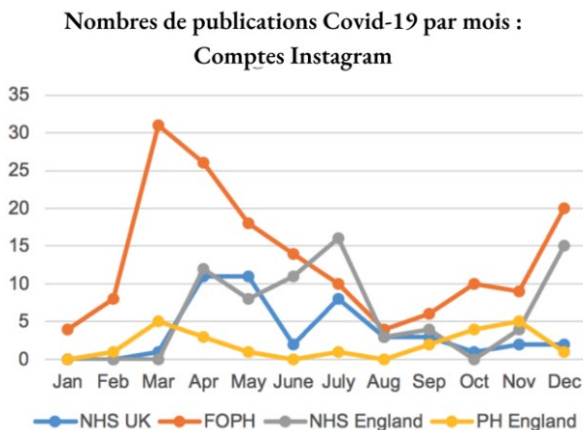


Figure 8 : Nombre de publications Twitter par mois de l'OFSP, Public Health England, Public Health Wales, Public Health Scotland et NHS UK

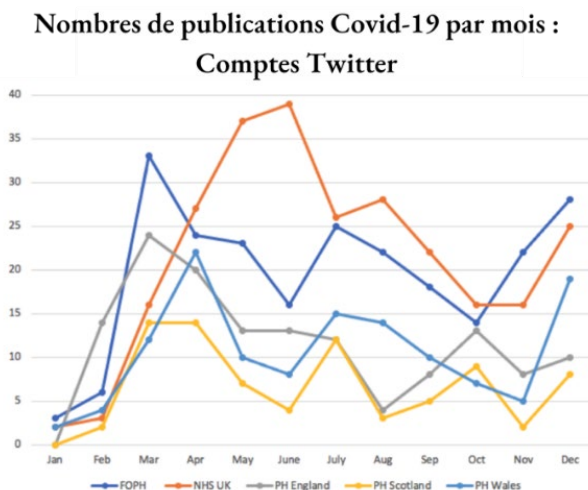
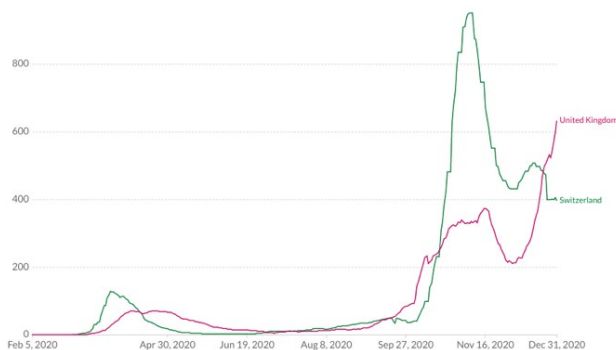


Figure 9 : Moyenne sur sept jours des nouveaux cas quotidiens confirmés de Covid-19 par million d'habitants en Suisse et au Royaume-Uni.



Source : Johns Hopkins University CSSE Covid-19 Data et Our World in Data

Lwin et al. (2018) observent une tendance similaire dans leur étude de la communication Facebook des autorités sanitaires pendant l'épidémie de Zika de 2016 à Singapour. « La communication Facebook de la maladie Zika reflétait clairement la propagation physique de la maladie » (Ibid, p.13).

Dans le cas de la pandémie de Covid-19, les cas chutent de façon spectaculaire en Suisse et au Royaume-Uni pendant les mois d'été. Mais la pandémie n'est pas terminée, et si certaines mesures sont supprimées, d'autres, comme les masques, sont introduites (Conseil fédéral, 2020d).

Compte tenu de l'état d'avancement de la pandémie de Covid-19 en Suisse et au Royaume-Uni pendant l'été, on peut suggérer que les autorités sanitaires négligent la communication sur les médias sociaux pendant l'été. Une fois les masques devenus obligatoires dans les transports publics suisses, le 20 juillet 2020, l'OFSP publie au total 24 messages sur Facebook jusqu'à la fin du mois de septembre 2020. Ces messages sont rédigés en plusieurs langues, mais seulement six postes sont en français. Sur Instagram, 14 messages sont partagés durant cette même période, ce qui représente une moyenne de seulement 1,4 publication par semaine¹⁷.

LA COMMUNICATION DIVERSIFIÉE ET CIBLÉE DU ROYAUME-UNI

La Suisse et le Royaume-Uni partagent non seulement des tendances similaires par rapport à leurs fréquences de publication, mais ils diffusent également un ensemble comparable de messages principaux, comme ceux concernant l'hygiène, la

●
¹⁷ Contrairement à Facebook et Twitter, Instagram permet d'inclure différentes versions d'un même message dans un même post. L'OFSP a ainsi pu couvrir les langues nationales de la Suisse, ainsi que l'anglais dans de nombreuses occasions, dans un seul post.

distance sociale, et le besoin de rester à la maison. Les deux pays postent des publications sur les meilleures pratiques d'hygiène, la nécessité de rester à la maison, et les symptômes du Covid-19, tout au long de 2020. Les mois de mai à juillet voient l'introduction de nouveaux messages sur le traçage des *contacts*, les masques et les tests. Et la communication des derniers mois intègre des messages sur les vaccins contre le Covid-19.

Là où la communication du Royaume-Uni se différencie de celle de la Suisse, c'est dans sa diversité. Parmi les thèmes de communication à propos desquels seul le Royaume-Uni publie, on trouve des suggestions d'exercices physiques à domicile, des conseils pour se remettre au mieux de la maladie, ainsi que des postes sur les « Covid longs ».

Par rapport à leurs homologues suisses, les autorités sanitaires britanniques ont un plan de communication plus ciblé, et également adapté à certaines fêtes religieuses.

Figure 10 : Les tweets de Public Health Wales ciblant les réfugiés et les demandeurs/euses d’asile (à gauche) et les musulmanes (à droite)



Source : Compte Twitter de Public Health Wales (consulté le 10/9/2021)

Il est toutefois important de noter que le nombre de ces occasions, sur une année, reste limité, ce qui explique que les messages ciblant ces moments de festivités religieuses, à l’exception des fêtes de fin d’année, aient été rares. Le compte Facebook de Public Health England présente le pourcentage le plus élevé de ce type de publications, soit 3 %. Les autres comptes britanniques ne comportent qu’un ou deux messages ciblant de telles occasions.

Les messages ciblant les personnes vulnérables sont, quant à eux, plus fréquents. Dans l’ensemble, 5 % des messages britanniques ciblent les personnes vulnérables, y compris les femmes enceintes. La page Facebook de NHS UK et le compte Twitter de Public Health England ont fait de cette catégorie une priorité, avec respectivement 9 % et 8 % de leurs messages dédiés à ce sujet.

Alors que seulement 3 % des messages de l’OFSP sur Facebook ciblent les personnes vulnérables, le pourcentage de ces messages est plus élevé sur la page Instagram de l’OFSP (7 %). Sa communication ne cible cependant pas les femmes enceintes.

Il est également intéressant de souligner que les autorités sanitaires des deux pays publient en conséquence à destination des parents. L'OFSP communique à propos des enfants et/ou des écoles dans 8 % de ses publications Facebook et Instagram cumulées. Parmi les grands comptes britanniques, c'est la page Facebook de Public Health England qui communique le plus sur les enfants (5 %). Les autres comptes britanniques consacrent moins d'espace à cette thématique. La seule exception notable est le compte Twitter de Public Health Scotland qui diffuse des informations liées aux enfants et aux écoles dans 13 % de ses tweets.

Par ailleurs, les autorités s'adressent rarement de manière explicite aux étudiant-es, même si elles et ils font partie de la principale tranche d'âge d'Instagram (Statista, 2021d ; Statista, 2021e). Seuls quatre messages visant explicitement le corps étudiantin apparaissent dans le corpus des données britanniques. L'un de ces messages provient du compte Twitter de Public Health Wales, ce qui rend probable qu'il ait été publié plus d'une fois en 2020.

FACEBOOK, INSTAGRAM ET TWITTER : DIFFÉRENCES ET SIMILITUDES ENTRE PLATEFORMES

La Suisse et le Royaume-Uni ont tous deux mobilisé et donné la priorité à Facebook. Ils ont toutefois adopté des approches différentes à l'égard d'Instagram et de Twitter.

NHS UK a gagné des milliers de nouveaux adeptes sur Instagram. Pourtant, ses membres publient rarement sur Instagram par rapport à Facebook. En 2020, NHS England, NHS UK et Public Health England ne partagent respectivement que 73, 46 et 23 publications sur le Covid-19 sur Instagram. En

comparaison, l'OFSP diffuse, sur la même période, 168 messages concernant le Covid-19¹⁸.

Il apparaît que le Royaume-Uni aurait négligé leur communication sur Instagram. Si tel est le cas, ce serait une occasion manquée. En effet, sur la base d'une comparaison de la communication Instagram et Twitter de multiples organisations de santé pendant l'épidémie d'Ebola de 2014, Guidry et al. (2017) concluent que « les efforts axés sur Instagram peuvent donner les meilleurs résultats, comme en témoignent ses niveaux d'engagement significativement plus élevés » (p.485).

Du côté suisse, l'hyperfocalisation de l'OFSP sur les rapports de cas et les conférences de presse sur Twitter pourrait être due au fait que la plateforme est avant tout utilisée pour suivre les actualités (Rosenstiel, 2015, p.2). Il est donc possible que les autorités sanitaires suisses aient opté pour une communication différente sur la plateforme Twitter que sur ses autres plateformes de communication. Une recherche qualitative auprès des équipes de communication de l'OFSP serait nécessaire afin de répondre à cette question ouverte.

La littérature montre également que les journalistes ont intégré Twitter dans leurs pratiques quotidiennes de production d'informations (Hernández-Fuentes & Monnier, 2020, p.12 ; Leuven an. Deprez, 2017, p.547 ; Carrera Álvarez et al., 2012, p.44). L'une des principales manières dont les journalistes de la presse quotidienne nationale française utilisent Twitter est comme point de départ pour identifier les nouvelles (Hernández-Fuentes & Monnier, 2020, p.12). Les messages de l'OFSP sur le nombre de nouveaux cas étaient généralement accompagnés de leurs derniers rapports pouvant contenir des informations

●
¹⁸ Il convient de souligner qu'une des limites de ce document est qu'il n'inclut pas d'informations sur les stories Instagram. Tous les comptes Instagram suisses et britanniques ont très probablement publié des stories, mais l'ampleur de celles-ci n'est pas claire.

pertinentes pour les journalistes. Mais ces informations pouvaient également être recherchées par d'autres groupes professionnels, ou simplement par le grand public. En effet, l'étude de Haman (2020) montre que les Canadiens et Canadiennes se tournent vers Twitter pour obtenir des informations (p.14), ce qui représente une opportunité de communiquer sur différents aspects de la pandémie avec ce public.

MODÈLE CERC

Dans l'ensemble, la communication des autorités sanitaires sur les médias sociaux inclue la majorité des recommandations du CERC, que Lwin et al. (2018) ont adapté aux médias sociaux (p.15). Cependant, dans la mesure où la plupart des comptes ne commencent à publier régulièrement des messages sur Covid-19 que vers la fin du mois de février 2020, on pourrait reprocher aux autorités de ne pas avoir suffisamment communiqué avec la population pendant la période « pré-pandémique ». Elles ont toutefois partagé la majorité des messages recommandés pour cette période. Par exemple, elles ont surveillé et reconnu le risque émergent du Covid-19, créé des canaux de communication sur les médias sociaux et encouragé les changements de comportement pour réduire le risque d'infection (Ibid). Sans doute pas assez fréquemment et pas suffisamment tôt, tel sera le constat qui restera.

Dans l'étape suivante du modèle CERC, « en crise », les responsables de la communication sanitaire sont encouragés à continuer à promouvoir les changements de comportement, tout en essayant de réduire les incertitudes et d'expliquer les interventions gouvernementales (Ibid). Les autorités de santé publique suisses et britanniques ont communiqué ces informations en termes non techniques et ont encouragé « des actions spécifiques que les gens peuvent prendre de manière

réaliste pour protéger leur santé », comme le recommande l'OMS (2017) (p.30).

Le modèle CERC souligne également la nécessité de corriger les « malentendus et les rumeurs » et de « surveiller et traiter les réactions et les préoccupations instantanées des personnes touchées et du grand public » (Lwin et al., 2018, p.15). Comme indiqué dans la section des résultats, les autorités n'ont pas explicitement ciblé les *fake news*.

En ce qui concerne la surveillance et la fourniture de « retours d'information instantanés », l'OFSP a répondu aux commentaires laissés sous ses messages. L'étendue et la fréquence de ces réponses n'ont toutefois pas été examinées dans le cadre de cette étude. Les comptes britanniques, en revanche, ont invité les utilisateurs/rices à participer à des enquêtes et ont ensuite présenté les résultats sur leurs comptes. La plupart des comptes ont mené deux ou trois enquêtes sur le Covid-19 et son impact.

CONCLUSION

Dans l'ensemble, la communication sur les médias sociaux des autorités sanitaires suisses et britanniques reflète les mesures des gouvernements et les fluctuations du nombre de cas et de décès. Au cours des premiers mois de la pandémie, lorsque les autorités publient le plus de messages, l'accent est mis sur l'hygiène personnelle, la nécessité de rester à la maison et la distance sociale. Ensuite, durant la période qui suit les confinements, débutant en mai-juin 2020, l'accent est mis sur le traçage des contacts, les tests et les masques. Enfin, les derniers mois de l'année sont marqués par une augmentation de la fréquence de publication, et le déploiement de la campagne de vaccination contre le Covid-19, notamment au Royaume-Uni, en avance par rapport à la Suisse dans ce domaine.

Alors que les autorités sanitaires suisses se concentrent surtout sur les messages principaux de la pandémie (e.g., les messages concernant l'hygiène) sur les médias sociaux, le Royaume-Uni a présenté une communication légèrement plus diversifiée et plus ciblée, par exemple avec des messages destinés aux femmes enceintes et à ceux et celles souffrant du Covid long.

La plupart des organisations de santé britanniques ont été présentes sur les trois plateformes. Cependant, par rapport à Facebook et Twitter, NHS UK et d'autres organisations de santé britanniques telles que Public Health England ont quelque peu négligé Instagram¹⁹. Bien que le Royaume-Uni ait le troisième plus grand nombre d'utilisateurs et utilisatrices de Twitter au monde (Statista, 2021f), Instagram a toutefois un nombre deux fois plus élevé d'utilisateurs/rices que Twitter au Royaume-Uni (Statista, 2021d). On peut donc se demander pourquoi les autorités sanitaires britanniques n'ont pas accordé plus d'attention à Instagram. D'autant plus qu'il a été démontré qu'Instagram a donné lieu à un niveau d'engagement plus élevé que Twitter lors de la crise Ebola de 2014 (Guidry et al., 2017, p.485).

Si l'on exclut la période pré-pandémique où la communication relative au Covid-19 était relativement limitée, les organisations sanitaires suisses et britanniques ont suivi la plupart des recommandations du CERC en matière de communication de crise sur les médias sociaux (Lwin et al., 2018, p.15). En intégrant des enquêtes dans leur communication, la majorité des comptes britanniques se sont également engagés dans une communication bidirectionnelle. Cette recherche représente une première étape importante dans l'établissement d'une analyse des régimes de communication des autorités sanitaires suisses et britanniques sur les réseaux sociaux. Dans un monde en communication virtuelle permanente, et surtout lors d'une crise sanitaire d'une ampleur

●
¹⁹ Comme mentionné, une des limites de cette étude est qu'elle n'inclut pas les Instagram *stories*.

inédite, tant sur le plan temporel que géographique, une compréhension des approches communicationnelles des autorités sanitaires par le biais des médias sociaux est essentielle.

BIBLIOGRAPHIE

Agrawal, Amit et Ankita Gupta (2020). « The Utility of Social Media during an Emerging Infectious Diseases Crisis: A Systematic Review of Literature. » *Journal of Microbiology and Infectious Diseases* 10(4): 188-198.

Bourrier, Mathilde, Nathalie Brender et Claudine Burton-Jeangros (2019). *Managing the Global Health Response to Epidemics: Social Science Perspectives*. London: Routledge & Taylor and Francis.

Coe, Kevin et Joshua Scacco (2017), « Quantitative Content Analysis. » *The International Encyclopedia of Communication Research Methods*: 346-356.

Eriksson, Mats (2020). « Lessons for Crisis Communication on Social Media: A Systematic Review of What Research Tells the Practice. » *International Journal of Strategic communication* 12(5): 526-551.

Guidry, Jeanine, Yan Jin, Caroline Orr et al. (2017). « Ebola on Instagram and Twitter: How health organizations address the health crisis in their social media engagement. » *Public Relations Review* 43(3): 477-486.

Haman, Michael (2021). « Twitter Followers of Canadian Political and Health Authorities during the COVID-19 Pandemic: What Are Their Activity and Interests? » *Canadian Journal of Political Science* 54(1): 1-16.

Hernández-Fuentes, Alejandra et Angeliki Monnier (2020). « Twitter as a Source of Information? Practices of Journalists Working for the French National Press. » *Journalism Practice*: 1-18.

Van Leuven, Sarah et Annelor Deprez (2017). « To follow or not to follow? How Belgian health journalists use Twitter to monitor potential sources. » *Journal of Applied Journalism and Media Studies* 6(3): 545-566.

Lwin, May O., Jiahui Lu, Anita Sheldenkar et Peter J. Schulz (2018). « Strategic Uses of Facebook in Zika Outbreak Communication: Implications for the Crisis and Emergency Risk Communication Model. » *International Journal of Public Health* 15(9): 1-19.

Teichmann, Lisa, Sean Nossek, Aengus Bridgman et al. (2020). « Public Health Communication and Engagement on Social Media during the

COVID-19 Pandemic. » *OSF Preprints* :1-41. Preprint published online on July 27 2020 (<https://osf.io/7hypj/>).

Syarifuddin, Tengku Imam et Titin Purwaningsih (2021). « Regional Head Communication Patterns on Social Media in Handling the Covid-19 Pandemic. » *Earth Environment* 717(1): 1-8.

Raamkumar, Aravind Sesagiri, Soon Guan Tan et Hwee Lin Wee (2021). « Measuring the Outreach Efforts of Public Health Authorities and the Public Response on Facebook During the COVID-19 Pandemic in Early 2020: Cross-Country Comparison. » *Journal of Medical Internet Research* 22(5): 1-9.

SOURCES

Blystone Dan (2020), The Story of Instagram: The Rise of the #1 Photo-Sharing Application, *Investopia* :
<https://www.investopedia.com/articles/investing/102615/story-instagram-rise-1-photo0sharing-app.asp> (consulté le 3/5/2021)

CDC (2018), CERC Model Introduction : https://emergency.cdc.gov/cerc/ppt/CERC_Introduction.pdf (consulté le 19/2/2021)

Conseil fédéral (2020a), Le Conseil fédéral assouplit progressivement les mesures de protection contre le nouveau coronavirus :
<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-78818.html> (consulté le 13/5/2021)

Conseil fédéral (2020b), Coronavirus: Entry ban and retroactive quarantine for persons from the UK and South Africa :
<https://www.admin.ch/gov/en/start/documentation/media-releases.msg-id-81777.html> (consulté le 13/5/2021)

Conseil fédéral (2020c), Covid-19 : la Suisse peut commencer à vacciner les groupes à risque encore en décembre :
<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-81762.html> (consulté le 13/5/2021)

Conseil fédéral (2020d), Coronavirus : masque obligatoire dans les transports publics, quarantaine pour les personnes provenant des régions à risque et levée de certaines restrictions d'entrée à compter du 20 juillet :

<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-79711.html> (consulté le 13/5/2021)

Federal Office of Communications (2020), Monitoring Médias Suisse : <https://www.bakom.admin.ch/bakom/en/homepage/electronic-media/studies/media-monitor-switzerland.html> (consulté le 2/5/2021)

Forsey Caroline (2020), How to Use Instagram: A Beginner's Guide, *Hubspot* : <https://blog.hubspot.com/marketing/how-to-use-instagram>

Herper Matthew (2020), U.K. approves Pfizer's Covid-19 vaccine, putting pressure on FDA, *Stat News*: <https://www.statnews.com/2020/12/02/u-k-approves-pfizers-covid-19-vaccine-putting-pressure-on-fda/> (consulté le 17/3/2021)

Institute for Government Analysis (2020), Timeline of UK coronavirus lockdowns, March 2020 to March 2021 : <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/timeline-lockdown-web.pdf> (consulté le 7/3/2021)

Kate Ng (2020), 2020: The year in Covid milestones. *The Independent* : <https://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/coronavirus-2020-milestones-vaccine-news-b1780531.html> (consulté le 22/4/2021)

Jeff Sonderman, Kevin Loker, Maria Ivancin, et al., (2015), Twitter and the News : How People Use the Social Network to Learn About the World, *American Press Institute* : <https://www.americanpressinstitute.org/publications/reports/survey-research/how-people-use-twitter-news/> (consulté le 8/5/2021)

Pearl Leannie (2021), A List of the Latest Facebook Features You Might Not Know Exist! *Nealschaffer* : <https://nealschaffer.com/facebook-features/> (consulté le 1/5/2021)

Phillips Sarah (2007), A brief history of Facebook. *The Guardian* : <https://www.theguardian.com/technology/2007/jul/25/media.newmedia> (consulté le 1/5/2021)

Statista (2020), Number of Instagram users worldwide from 2016 to 2023: <https://www.statista.com/statistics/183585/instagram-number-of-global-users/> (consulté le 3/5/2021)

Statista (2021), Number of monthly active Facebook users worldwide as of 1st quarter 2021 : <https://www.statista.com/statistics/264810/number-of-monthly-active-facebook-users-worldwide/> (consulté le 5/5/2021)

Statista (2021a), Facebook users in the United Kingdom (UK) from September 2018 to July 2021: <https://www.statista.com/statistics/1030055/facebook-users-united-kingdom/> (consulté le 12/5/2021)

Statista (2021b), Distribution of Facebook users in the United Kingdom (UK) as of July 2021, by age group and gender: <https://www.statista.com/statistics/1030055/facebook-users-united-kingdom/> (consulté le 11/5/2021)

Statista (2021c), Age distribution of Facebook users in Switzerland in 2020: <https://www.statista.com/statistics/639691/age-distribution-of-facebook-users-in-switzerland/> (consulté le 3/5/2021)

Statista (2021d), Distribution of Instagram users in the United Kingdom (UK) as of April 2021, by age group: <https://www.statista.com/statistics/1018012/instagram-users-united-kingdom/> (consulté le 3/5/2021)

Statista (2021e), Distribution of Instagram users in Switzerland as of July 2021, by age group: <https://www.statista.com/statistics/1022008/instagram-users-switzerland/> (consulté le 3/5/2021)

Statista (2021f), Leading countries based on number of Twitter users as of July 2021: <https://www.statista.com/statistics/242606/number-of-active-twitter-users-in-selected-countries/> (consulté le 6/5/2021)

Rosenstiel Tom, Sonderman Jeff, Loker Kevin, Ivancin Maria, Kjarval Nina (2015). How people use Twitter in general, *American Press Institute* : <https://www.americanpressinstitute.org/publications/reports/survey-research/how-people-use-twitter-news/> (consulté le 6/5/2021)

Wagner Kur (2018), 'Stories' was Instagram's smartest move yet. *Vox* : <https://www.vox.com/2018/8/8/17641256/instagram-stories-kevin-systrom-facebook-snapchat> (consulté le 8/5/2021)

ET PENDANT CE TEMPS... : DISPATCH DE JORDANIE

Alexandrine Dupras

RÉSUMÉ

À l'automne 2020, tandis que je coopère à l'encadrement de l'atelier de recherche occupé par un premier retour d'expériences au temps du Covid-19, je m'interroge sur mes chances de gagner le pays où je dois réaliser mon terrain d'enquête : la Jordanie. Partir, il le fallait, mais dans quels délais, munie de quelles autorisations ? L'hiver 2020-2021 représentait une deuxième chance pour réaliser un séjour de six mois pour mes recherches liées à ma thèse sur l'aide au développement en Jordanie, un terrain que j'avais déjà abandonné à l'été 2020 en raison des mesures sanitaires. Ce court texte revient sur l'emprise que la pandémie aura eue sur mon terrain, ses évolutions en Jordanie et ses différences avec la Suisse que j'ai finalement réussi à quitter le 17 janvier 2021. Ce texte se penche sur une expérience de sortie de ce pays en temps de crise et d'une arrivée dans un autre pays, extra-européen de surcroît.

EN JORDANIE : GESTION D'UNE « MAIN DE FER » DÈS LES DÉBUTS DE LA PANDÉMIE

Dès le début, lorsque la pandémie devient incontrôlable à la fin de l'hiver 2020, le gouvernement jordanien impose des mesures

sanitaires très strictes concernant le COVID-19. Le 17 mars 2020, le roi Abdullah II émet un décret royal réactivant la loi de défense nationale de 1992 et promulguant l'état d'urgence dans le pays (Dentons 2021; Human Rights Watch 2020). Les autorités jordaniennes verrouillent le pays, en fermant les aéroports et en interdisant tout voyage à l'intérieur et à l'extérieur du pays, ainsi qu'en fermant toutes les frontières terrestres et maritimes. Les lieux de travail sont bouclés (US Embassy in Jordan 2020). À l'été 2020, la réouverture de l'aéroport ne cesse d'être repoussée et retardée. L'aéroport international Queen Alia ne réouvre que le 8 septembre 2020, mais les voyageurs et voyageuses sont toujours contraint-es à une quarantaine institutionnelle de 14 jours à leur arrivée.

Fin 2020, quelques vols vers l'étranger reprennent depuis la Suisse, mais la découverte de nouveaux variants plus virulents menace à nouveau de voir tous les avions cloués au sol. À partir du 21 décembre 2020, tous les vols en provenance du Royaume-Uni sont interdits d'entrée sur le territoire jordanien et les voyageurs et voyageuses qui ont séjourné au Royaume-Uni au cours des 14 derniers jours ne peuvent pas entrer dans le pays (GOV.UK 2021). Cette souche s'est propagée en Europe pendant les vacances de Noël. Les autorités jordaniennes ont déjà fermé les frontières pour moins que cela. L'année précédente, le 17 mars 2020, seuls 69 cas de Covid-19 avaient été recensés dans le royaume et pourtant, le pays s'était totalement verrouillé, se fermant au monde extérieur. Pourrait-il en être de même cette fois ? Je doutais à nouveau de pouvoir partir récolter mes données pour ma thèse.

Ma thèse s'intéresse au secteur de l'aide au développement en Jordanie. Je connais déjà ce secteur d'activités et ce pays pour y avoir travaillé un an et demi en 2018 et 2019. J'avais des possibilités d'accès qui, je le savais, seraient foisonnantes pour ma recherche et m'apporteraient beaucoup en termes de qualité de données. Connaissant déjà la Jordanie, mon coût d'entrée serait moindre que si j'envisageais un nouveau terrain, même à Genève.

J'avais l'intention d'être embarquée auprès de deux organisations locales que je connaissais déjà et avec lesquelles j'avais conservé le contact de manière régulière. Toutes les conditions étaient réunies pour un terrain fécond qui répondrait directement à mes interrogations de recherche. L'idée même d'abandonner ce plan me brisait le cœur. Je ne voulais en aucun cas m'y résoudre, mais je devais composer avec des circonstances exceptionnelles.

Sentant que la fenêtre d'opportunité pour rejoindre les lieux de mon terrain se réduisait, j'ai décidé d'avancer mon départ de deux semaines et de me rendre en Jordanie alors que le pays était encore ouvert à certains pays européens.

Dans ce billet d'humeur qui s'inspire des récits auto-ethnographiques (Barley 1989), je vous raconte comment mon terrain a évolué face aux aléas de l'évolution de la pandémie en Jordanie. Il est divisé en trois parties. Dans un premier temps, je reviens sur mon expérience du voyage en temps de pandémie. Dans un deuxième temps, j'aborde comment les différentes périodes de mesures sanitaires ont influencé mon terrain de recherche. Dans un troisième temps, je réfléchis aux impacts que les mesures sanitaires ont eu sur mon terrain de recherche, ainsi qu'aux différences et similitudes que l'on peut dresser entre la Suisse et la Jordanie.

VOYAGER DURANT UNE PANDÉMIE : UN CHAMBOULEMENT DES HABITUDES

Cette peur de me retrouver à nouveau empêchée de faire mon terrain à cause de la pandémie m'a donc conduite à faire le nécessaire pour partir rapidement, avec tout ce que cela implique (sous-location de l'appartement, achat de billets d'avion, trouver un lieu de vie en Jordanie, etc.). J'avais déjà vécu et travaillé en Jordanie pour une ONG internationale. J'y avais encore des amies et des contacts, en plus des informateurs et informatrices qui m'accueillaient pour mon embarquement dans des organisations

locales. Les échos que je recevais de ces personnes étaient encourageants, mais mon environnement immédiat, autant professionnel que personnel, en Suisse, était au contraire d'un avis plus mitigé. Et ce, d'autant que les voyages pour le travail, notamment à l'étranger, étaient déconseillés: plus de conférences, plus de séjours de travail, plus de terrains ethnographiques, en théorie. Les mesures en place pour voyager étaient, elles aussi, plutôt décourageantes. Il fallait que j'accumule une pile de preuves d'assurance médicale, de tests et de formulaires d'enregistrement qui visaient à « confirmer » que je n'étais pas une menace pour les autres voyageurs et voyageuses, pour le pays d'accueil, mais également que je serais traçable à mon arrivée sur le territoire jordanien. Je réussis à satisfaire à toutes ces conditions. Par précaution, j'étais aussi munie d'une lettre de mon université, expliquant les raisons de mon séjour en Jordanie. Mon billet en poche pour le 17 janvier 2021, j'accélérais la finalisation des valises et autres défis logistiques.

J'avais choisi de voyager avec la Turkish Airlines. L'aéroport de Genève semblait inhabité. Tous les magasins étaient fermés, à l'exception de quelques cafés. J'avais un drôle de sentiment dans cet espace. Je n'avais pas voyagé depuis le début de la pandémie et, dans mon imaginaire, les aéroports pouvaient être des hauts lieux de propagation du virus, en raison du grand nombre de personnes qui y circulent, en provenance de tous les coins de la planète. Alors qu'avant la pandémie, je m'étais toujours sentie en sécurité dans les aéroports, probablement en raison de tous ces contrôles de sécurité, cette fois-ci, j'avais un nouveau regard, plus suspicieux.

L'avion était également désert. J'estime que seul un tiers de l'avion était occupé. Des « kits d'hygiène » contenant du gel hydroalcoolique et des masques jetables ont été rapidement distribués. Il était étrange de se retrouver dans cet espace clos qui donnait l'impression d'être plus à risque d'être contaminée par le virus. Les passagers avaient l'obligation de garder les masques en permanence à bord de l'appareil. J'ai donc été surprise lorsque

l'équipage nous a servi de la nourriture. Nous étions loin d'avoir un plateau-repas digne de ce nom, comme avant la pandémie. Il s'agissait d'un simple sandwich au fromage dans un sac en papier. Il m'a semblé contre-productif d'enlever les masques pour manger, alors je l'ai fait rapidement en remettant mon masque entre chaque bouchée.

En arrivant à Istanbul pour mon escale, le contraste avec l'aéroport de Genève était saisissant. Les autorités aéroportuaires avaient pris quelques mesures légères pour empêcher la propagation du virus : il n'était pas possible d'essayer les parfums dans les boutiques hors taxes, certains présentoirs de maquillage étaient également recouverts de plastique, et les tables des restaurants étaient espacées. Pourtant, j'ai été surprise par le nombre de personnes qui faisaient la queue aux restaurants et qui étaient assises dans des salles d'attente proches les unes des autres. Presque tous les magasins étaient ouverts dans l'aéroport. Venant de Genève où tous les magasins considérés comme « non essentiels » étaient fermés, cela me semblait curieux et même un peu menaçant. L'aéroport d'Istanbul n'avait jamais fermé depuis le début de la pandémie et représentait un lieu de forte affluence et de mobilité. Est-ce que je mettais ma santé en danger pour aller faire mes recherches ?

L'avion a atterri à Amman plus tard dans la nuit, heure locale. Une fois tous les passagers et passagères débarqué-es, nous devions nous soumettre à un nouveau test PCR. Dans le couloir devant la douane, les autorités aéroportuaires avaient aligné une douzaine de stands blancs les uns à côté des autres. De l'autre côté du *stand* en plastique, un technicien portait un équipement de protection individuelle complet, ressemblant à un astronaute. Il m'a expliqué que je pourrais obtenir les résultats de mon test dans les quatre heures à venir sur le site web inscrit sur cet autocollant. J'ai été surprise de la rapidité ! En Suisse, au même moment, il fallait encore attendre au moins 24 heures pour obtenir ses résultats. Il a ensuite prélevé un échantillon de mon matériel respiratoire en insérant soigneusement un écouvillon dans ma

narine droite. Ce n'est qu'ensuite que j'ai pu me rendre à la douane, comme c'était le cas avant la pandémie.

UN TERRAIN AUX ALÉAS DES MESURES SANITAIRES

ARRIVÉE AU PAYS DE LA LIBERTÉ

Trois jours avant mon arrivée, le gouvernement jordanien avait aboli la quarantaine obligatoire ainsi que le confinement les vendredis, ce qui augurait d'un adoucissement des mesures sanitaires en général. Il y avait toujours un couvre-feu à minuit, mais à ce sujet, j'étais plutôt contente, car cela obligeait à rentrer tôt, ce qui faisait bien mon affaire. En général, rien ne me fait plus plaisir que de pouvoir aller dormir à 22h00.

Bien sûr, il fallait toujours porter le masque, même dans la rue, et respecter les distances physiques, mais en Jordanie, il y avait quelques « avantages » auxquels je n'avais plus accès en Suisse depuis plusieurs mois. Par exemple, les restaurants et les cafés étaient ouverts. De plus, il était possible d'organiser des rassemblements jusqu'à 20 personnes, alors qu'en Suisse, au moment de mon départ, nous n'avions droit qu'à un regroupement de cinq personnes. Il est vrai que les familles jordaniennes sont composées en moyenne de cinq personnes, j'imagine donc que le gouvernement prenait aussi cela en compte lorsqu'il établissait les seuils.

Au début, cette nouvelle configuration m'a intimidée. Malgré l'abolition de la quarantaine à l'arrivée dans le pays, j'ai décidé, par précaution, de rester à la maison pour sept jours et de faire un test à la suite de cette période. L'idée de pouvoir infecter quelqu'un-e m'était insoutenable. Mais une fois cette période passée, je me suis tranquillement habituée à ces mesures sanitaires, profitant de voir des ami-es dans les restaurants et les cafés. Je me souviens encore la première fois que je suis sortie dans un café. J'étais emballée,

mais aussi abasourdie par tous ces restaurants et terrasses bondés de personnes, assises bien sûr. La vision d'autant de personnes réunies et proches était surprenante.

Pour ma recherche, j'avais convenu avec deux organisations non-gouvernementales (ONG) que je ferais de l'observation participante auprès de leurs équipes pour voir comment elles travaillaient au quotidien. Alors qu'en Suisse les entreprises et lieux de travail avaient pour obligation de favoriser le télétravail, je craignais qu'il en soit de même pour les organisations que je voulais observer. Si tout le travail se passait en ligne, il aurait mieux valu m'éviter tout ce voyage et rester à Genève. Mes craintes se sont rapidement évaporées une fois que j'ai entrepris d'aller dans ces ONG. Dans les deux cas, la plupart des employées étaient de retour dans les bureaux, parfois en rotation, mais mes informateurs et informatrices principaux/ales venaient au bureau tous les jours. Dans les deux organisations, j'ai intégré des équipes qui travaillaient dans des open spaces où les distances sociales étaient respectées. Les entreprises et lieux de travail devaient encore respecter des consignes de distanciation et de port du masque, mais personne ne semblait y prêter attention.

Cela ne voulait pas dire que tout était pour autant permis. Lors de ma première journée auprès d'une ONG, j'arrive confiante dans leurs bureaux, à l'heure convenue. En arrivant, je salue Nada, une collègue. Je me présente sans masque. Elle me dit alors d'une petite voix qu'il me faut faire attention en entrant sans porter de masque : parfois, des agents habillés en civil patrouillent sur les lieux de travail et peuvent amender l'organisation si ces collaborateurs et collaboratrices n'ont pas le masque dans le bureau. Ces mesures Covid-19 étaient encore nébuleuses pour moi à ce moment, mais cet avertissement m'incitait à penser que l'application des règles sanitaires était stricte et que les individus s'y conformaient. En réalité, je compris rapidement qu'à l'abri des regards externes, les collègues se sentaient libres de faire ce qui les rendait confortables, de porter le masque ou pas.

Une des ONG avait installé un dispositif de désinfection à l'entrée de l'édifice, sous la forme d'un court sas en bois (photo 1). Celui-ci pulvérisait un peu de désinfectant au moment de le franchir. Cependant, le capteur était lent ou mal réglé, ce qui signifiait que je ne recevais du désinfectant que sur mon sac à dos. La plupart des personnes avait simplement pris l'habitude de le contourner.

Figure 1 : Sas de désinfection à l'ONG 1



Source : Alexandrine Dupras, 4 février 2021

RESSERREMENT DES MESURES

Moins de cinq semaines après mon arrivée, le nombre de cas de Covid-19 augmentait de manière fulgurante passant de 870 par jour à la fin janvier 2021, à plus de 5'500 cas par jour un mois plus tard. Les rumeurs laissaient présager de nouvelles mesures plus strictes. À la fin du mois de février, un mercredi après-midi, alors que je travaillais dans les bureaux d'une de ces ONG, un collègue, de l'autre côté de la salle, entreprend de lire à voix haute un commentaire en regardant son téléphone. Les cinq ou six autres collègues présent-es se sont arrêté-es pour prêter l'oreille. Je ne comprenais pas ce qu'il se passait à cause de la barrière de la langue et demandais à mon voisin des explications en anglais. Le gouvernement venait d'annoncer de nouvelles mesures sanitaires, effectives dès le lendemain. Le couvre-feu était ramené à 21h, et le confinement les vendredis était à nouveau obligatoire. J'ai alors fait un bond et ai demandé tout de suite à ma cheffe si l'organisation allait imposer le télétravail et s'il serait toujours possible pour moi de venir travailler sur place. Moi, tout ce qui m'importait, c'était que je puisse continuer à aller travailler auprès des ONG. Heureusement, les lieux de travail demeuraient ouverts.

Ces mesures n'ont pas suffi à contrer l'envol du nombre de cas. Nous étions au cœur de la seconde vague en Jordanie. Le 10 mars 2021, le couvre-feu était en vigueur de 21h à 19h, et les entreprises et magasins devaient fermer à 18h. Le mois de Ramadan allait débiter le mois suivant, le 13 avril 2021, et on comprenait que les autorités cherchaient à faire le maximum pour s'assurer que les célébrations du mois saint pourraient se dérouler sans trop de risques. Autour de moi, tout le monde semblait s'accommoder de ces mesures dont chacun-e avait déjà fait l'expérience. Certain-es de mes ami-es exprimaient même une certaine joie à l'idée de ralentir le rythme et de rester davantage à la maison.

Le premier dimanche après l'imposition des nouvelles mesures, lors de la réunion d'équipe hebdomadaire, mon chef demanda à l'équipe quel était l'horaire de travail que nous allions privilégier. Certains vivaient loin et devaient quitter le travail plus tôt pour arriver à la maison dans les temps. Nous avons ajusté les horaires de travail en fonction du couvre-feu, nous permettant aussi d'aller faire les courses et de voir des ami-es avant 18h. À l'extérieur du travail, mes ami-es et moi avons convenu qu'il fallait éviter l'isolement social et continuer à se voir quelques heures en fin d'après-midi, quitte à poursuivre le travail à la maison en soirée.

Je prenais des cours d'arabe de 16h à 18h, trois soirs par semaine. Le premier soir où mes cours d'arabe se sont terminés à 18h avec ce nouveau couvre-feu, j'ai voulu commander un taxi sur Uber comme je le faisais à l'ordinaire. Mais l'application n'arrivait pas à me trouver un chauffeur, les temps d'attente atteignaient plus de 15 minutes, ce qui ne se produisait pas d'habitude. Je me suis retrouvée sur le bord de la rue, dans l'impossibilité de trouver un taxi pour rentrer chez moi. J'ai compris plus tard que les chauffeurs devaient eux aussi être de retour à la maison avant 19h, et qu'ils étaient sélectifs quant aux passagers et passagères qu'ils prenaient. Autour de moi, toutes les entreprises étaient déjà fermées et il régnait une ambiance de ville fantôme dans les rues. J'ai dû me résoudre à marcher jusque chez moi avec la crainte de ne pas être rentrée à temps pour le couvre-feu. Après cette expérience, j'ai toujours fait attention de prendre la route du retour plus tôt, dès 17h30.

Avec le Ramadan en vue, le gouvernement a jugé préférable de maintenir ces mesures. Lors du Ramadan, les familles ont l'habitude de se rassembler tous les soirs à l'heure du bris du jeûne (*iftar*). Avec ce couvre-feu à 19h, le gouvernement empêchait grandement de tels rassemblements, ou du moins, les limitaient. Nous avons donc continué à quitter le bureau à 15h ou 16h pour aller au restaurant et au café avant les heures de fermeture ou parfois simplement pour aller marcher. De toute façon, le

Ramadan est connu pour être un mois où la productivité ralentit. Cette réduction du temps de travail ne choquait donc pas et on s'y adaptait. Avec mes ami-es, on continuait de s'octroyer des « moments sociaux » entre 16h et 18h et on s'invitait de temps en temps à dormir chez les un-es et les autres, pour célébrer le *iftar* par exemple.

LE COVID-19 N'EXISTE PLUS

Dès la fin du Ramadan à la mi-mai, le couvre-feu a été repoussé à 22h00, puis quelques semaines plus tard à 23h00, puis à minuit encore quelques semaines plus tard. Pour les célébrations de l'Aïd qui ont débuté le 12 mai 2021, les rues étaient bondées de jeunes gens et peu portaient encore le masque, alors que la politique du gouvernement l'imposait toujours. À partir de ce moment, j'avais l'impression qu'il y avait une compréhension collective que le Covid-19 n'était plus une menace. Les soirées dansantes ont repris et je me réjouissais de me remettre à danser la salsa. Bien que la danse fût encore une pratique marginale et techniquement pas vraiment « légale » (on devait toujours respecter une distance et porter le masque si ce n'est pas possible), je ressentais un certain laisser-faire et une insouciance de la part des organisateurs et organisatrices de soirées. Les rassemblements redevenaient permis jusqu'à 50 puis 100 personnes. Plusieurs mariages ont eu lieu. Autour de moi, tout le monde sortait et profitait des restaurants et des cafés. On avait l'impression qu'Amman revivait et s'épanouissait après deux mois de ce qui avait ressemblé à une hibernation forcée. Le reste de mon terrain s'est déroulé dans cette ambiance plus légère et permissive.

EN TRAME DE FOND : UNE CAMPAGNE DE VACCINATION EFFICACE

Dès mon arrivée en janvier 2021, mes ami-es me parlaient de la vaccination et du système qui était ouvert à toutes et à tous. Mes collègues me suggéraient de m'y inscrire rapidement car il y avait un délai pour recevoir l'injection. La Jordanie a rendu la vaccination gratuite et accessible à tou-tes celles et ceux qui s'inscrivaient, selon un système de priorisation par classe d'âge, au début, peu importe leur statut dans le pays (touriste, réfugié, résident ou non). L'inscription se faisait sur une plateforme en ligne où il fallait choisir son lieu d'injection. Tout le monde faisait des prévisions quant à savoir quel était le centre où il était plus rapide de recevoir un rendez-vous, ou quels étaient les centres qui offraient les types de vaccins privilégiés. Déjà à l'époque, plusieurs personnes étaient suspicieuses des vaccins Sinopharm ou Spoutnik et voulaient davantage recevoir Pfizer. Cette hiérarchie des vaccins incitait les gens à changer de lieux de vaccination sur la plateforme en ligne.

J'ai mis du temps à m'inscrire. Lors de mon premier essai à la fin du mois de février, lorsqu'il fallait s'enregistrer avec le numéro d'identification inscrit dans mon passeport, le mien était écrit à la main en chiffres arabes et je n'arrivais pas à le déchiffrer. J'ai abandonné. C'est un mois plus tard, le 30 mars 2021, lorsque des rumeurs suggéraient que le gouvernement allait lever les restrictions sanitaires pour les personnes vaccinées, que je me suis remise à mon ordinateur et que j'ai fait l'effort de comprendre cette série de chiffres avec l'aide de mes notes de cours d'arabe. J'aurais pu demander de l'aide à mes ami-es arabophones mais j'étais trop fière pour le faire.

La sélection du lieu de vaccination me semblait être un enjeu des plus stratégiques. J'ai donc d'abord choisi, parmi la liste en fonction de la distance avec mon lieu de résidence. Plusieurs lieux étaient écrits uniquement en arabe. Je les ai donc écartés de mes options par défaut de compréhension. Alors que plusieurs de mes

ami-es recevaient des rendez-vous, je n'avais aucune nouvelle du mien. Une amie avait changé son lieu de vaccination au gouvernorat de Mafraq, à plus de 70 km d'Amman et avait reçu un rendez-vous très rapidement. C'est la même stratégie que je voulais imiter, mais je ne voulais pas aller aussi loin. J'ai donc décidé de changer mon lieu de vaccination pour Madaba, une ville à 40 km de la capitale. Au final, Madaba n'a pas fonctionné et, après une semaine d'attente, un ami m'a suggéré un centre de vaccination récemment ajouté à la liste. J'ai donc décidé de changer à nouveau mon lieu de vaccination et, victoire ! J'ai obtenu un rendez-vous le jour même.

J'ai lié des amitiés autant avec des *expats*, qu'avec des Jordaniens et Jordaniennes et d'autres personnes de la région. Mes ami-es étaient pour la plupart de jeunes professionnels, d'origines variées mais surtout de classe aisée. Autour de moi, tout le monde voulait se faire vacciner, principalement parce que c'était perçu comme nécessaire pour voyager. Le système mis en place me paraissait très performant. Cela prenait moins de cinq minutes pour recevoir sa dose de vaccin, entre l'entrée dans les centres de vaccination et l'injection. Dès la sortie, le certificat de vaccination était disponible sur la plateforme en ligne. En comparaison, j'ai reçu ma vaccination avant mes parents au Canada, alors que mes parents âgés de plus de 65 ans faisaient partie des groupes à risque.

Alors que cette vaccination semblait avoir gagné du terrain dans mon cercle proche, d'autres indices ont tout de même nuancé cette impression. Une de mes informatrices dans une des ONG m'a pris à part une fois pour partager ses inquiétudes à l'idée de se faire vacciner, craignant qu'il ne s'agisse d'une méthode pour le gouvernement d'implanter quelque chose dans notre corps pour nous contrôler. Elle faisait référence à des vidéos vues en ligne où des personnes fraîchement vaccinées avaient leurs bras magnétisés, par exemple. Alors que j'évoluais dans un milieu où la vaccination était largement acceptée, la méfiance de cette collègue à l'égard de la vaccination était le témoignage d'un inconfort généralisé dans une certaine partie de

la population. Au moment d'écrire ce texte, j'ai d'ailleurs été très surprise de réaliser que seuls 40 % de la population vivant en Jordanie étaient vaccinés en septembre 2021. À ce sujet, dans les semaines menant à mon départ, le 21 août 2021, les parlementaires discutaient de la possibilité d'imposer l'équivalent de pass sanitaires dans les mois à venir, ou encore d'obliger les employé-es à se faire vacciner pour se rendre sur leurs lieux de travail, afin d'encourager la population à la vaccination.

CONCLUSION : PAREIL OU PAS PAREIL ?

La recherche, surtout qualitative en phase de collecte de données, aura grandement pâti de la pandémie de Covid-19. Depuis le début de la pandémie, le travail se fait de plus en plus derrière les écrans, à l'abri des regards, créant des obstacles pour les sociologues. Décrit comme « une rencontre de recherche particulièrement profonde, étendue et interactive » (Clifford 1997:187), le travail de terrain implique au moins que les chercheurs et chercheuses soient physiquement dans un lieu et puissent interagir avec leurs informateurs et informatrices. J'ai été chanceuse de pouvoir avoir cet accès en Jordanie, chanceuse surtout que les mesures sanitaires alors en place, même changeantes, n'aient pas entravé mon travail auprès des ONG. Elles ont teinté mon terrain et mon observation en ce sens qu'elles ont été le lot de toutes personnes vivant en Jordanie durant cette période, faisant ainsi partie du décor. Mon objet d'étude portant sur des organisations, des lieux délimités physiquement par des murs et où n'entre pas n'importe qui. La « liberté » d'avoir pu me retrouver dans ces espaces avec d'autres collègues constitue l'élément central du succès de mon terrain en temps de pandémie Covid-19. En somme, il était essentiel pour moi d'abord de me rendre sur place, mais ensuite, d'évoluer dans ces lieux d'activités, autour des acteurs et actrices qui composent ces ONGs. Si les mesures sanitaires m'avaient empêchée d'être

présente sur les lieux de travail, alors ce terrain aurait été relégué aux marges du virtuel, comme bien d'autres recherches qui se mènent en ce moment.

Mon arrivée en Jordanie a constitué un moment de fort contraste avec ce que je vivais en Suisse, en janvier 2021. Cela m'a permis de souffler, alors que je quittais une Suisse et une Europe qui se refermaient sur elles-mêmes. J'avais un sentiment de grande liberté en Jordanie, ce qui peut paraître paradoxal dans un pays à tendances autoritaires. Avec du recul, j'avoue que ce sentiment de liberté reposait grandement sur ma capacité à me rendre dans les ONG pour y travailler et pour y enquêter. Comme je l'ai dit plus haut, ce qui m'importait était de pouvoir être présente physiquement dans les organisations que j'observais. Du reste, les autres contraintes telles que les couvre-feux et les confinements me convenaient. Par ailleurs, le fait de pouvoir fréquenter les restaurants et les cafés avec mes ami-es était un luxe dont je ne me lassais pas. Bien que les mesures aient été plus strictes entre mars et la mi-mai 2021, les arrangements et les détournements les ont adoucies et les ont rendues plus gérables, malgré les casse-têtes logistiques pour rentrer chez soi. Peut-être que le soleil et le beau temps constant auront aussi permis de prendre les choses avec plus de légèreté.

Une autre différence majeure relève du fait que le pays a gardé son secteur de la restauration ouvert malgré la deuxième vague au printemps 2021, secteur qui a rapidement fermé en Suisse lors des semi-confinements. De telles décisions s'expliquent par la conjoncture économique. En Jordanie, la crise sanitaire a fait place à une crise sociale. Son taux de chômage est particulièrement indicatif. Il n'a pas cessé de monter depuis le début de la crise, passant de 19 % à 25 % pour la population active totale et atteignant jusqu'à 50 % chez les jeunes (Roya News 2021; Trading Economics 2021). Il s'agit dès lors d'un pays qui doit gérer deux crises de front. En Suisse, comme dans le reste de l'Europe, les mesures de soutien à l'économie et aux entreprises ont, jusqu'à présent, permis d'éviter le pire.

Finalement, la Jordanie a mis en place des mesures sanitaires plus strictes que celles de la Suisse, selon la temporalité des vagues de cas et des événements socioculturels comme le Ramadan. La Suisse n'a pas connu de couvre-feu ni de confinement strict. Cependant, la France, comme d'autres pays européens, a mis en place des mesures similaires. De plus, ce tangage entre ouverture et fermeture a été le lot de la majorité des pays développés comme moins développés : si différents à de nombreux égards et souvent si semblables dans la lutte contre la pandémie de Covid-19.

BIBLIOGRAPHIE

- Barley, Nigel (1989). *Not a hazardous sport*. Harmondsworth: Penguin.
- Clifford, James (1997). « Spatial Practices: Fieldwork, Travel, and the Disciplining of Anthropology », dans Gupta, Akhil et James Ferguson (éds.). *Anthropological Locations: Boundaries and Grounds of a Field Science*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press, p. 185–222.

SOURCES

- Dentons (2021), COVID-19-related Legislation in the Hashemite Kingdom of Jordan : <https://www.dentons.com/en/insights/articles/2020/april/21/covid-19-related-legislation-in-the-hashemite-kingdom-of-jordan> (consulté le 23/3/2021)
- GOV.UK (2021), Jordan Travel Advice, <https://www.gov.uk/foreign-travel-advice/jordan> (consulté le 29/3/2021)
- Human Rights Watch (2020), Jordan: State of Emergency Declared, <https://www.hrw.org/news/2020/03/20/jordan-state-emergency-declared> (consulté le 29/3/2021)
- Roya News (2021), Unemployment Rates among Jordanian Youth Reaches Unprecedented Rates: World Bank : <https://en.royanews.tv/news/28332/2021-05-29> (consulté le 29/3/2021)
- Trading Economics (2021), Jordan Unemployment Rate | 2005-2021 Data : <https://tradingeconomics.com/jordan/unemployment-rate> (consulté le 23/9/2021)
- US Embassy in Jordan (2020), Health Alert – Government of Jordan Suspends Flights as of March 17, <https://jo.usembassy.gov/health-alert-government-of-jordan-suspends-flights-as-of-march-17-march-14-2020/> (consulté le 29/3/2021)

PARTIE 2 :

PRÉSERVER

LES SOINS ET ASSURER LEUR CONTINUITÉ

« Mon inquiétude principale concernait les soins. Comment allions-nous arriver à effectuer nos soins de routine : surveiller les taux de glycémie, la tension artérielle, les tests de laboratoire ? Bref, les tâches routinières. (...). Concernant la question de la continuité des soins, c'est un des fondements des soins primaires. Pour être honnête, ça n'a rien à voir avec le Covid-19. Pour les patient-es âgé-es, les patient-es avec des multimorbidités, vous trouverez de la littérature et des évidences qui démontrent que la continuité en tant que telle réduit les taux d'hospitalisation et a des effets positifs sur la survie, indépendamment de la pandémie Covid-19. »

Professeur, Dr Oliver Senn, Directeur adjoint de l'Institut de médecine de famille de l'Université de Zürich.

« Je pense que c'est la première fois dans notre société que nous avons tous eu, en même temps, les mêmes informations. Il y a une pandémie qui arrive. Nous avons un problème. Nous devons réagir. Pour les soins primaires, mon rôle en tant que médecin généraliste, c'était de donner un visage, une image, pour montrer comment on faisait face à cette pandémie. Tout le monde peut aller sur Google. Tout le monde peut lire l'actualité. Tout le monde peut appeler une hotline. Même le public a besoin d'un visage et d'une personne de confiance. J'avais le sentiment d'être le « numéro 111²⁰ ». Le centre d'informations pour beaucoup de patients, pour les entreprises, et pour les soignants ».

Professeur, Dr Sven Streit, Professeur associé en soins primaires à l'Institut de médecine de famille de l'Université de Berne.



²⁰ Service de renseignement téléphonique utilisé en Suisse jusqu'en 2007.

CHAPITRE 4. LA CONTINUITÉ DES SOINS PRIMAIRES PENDANT UNE PANDÉMIE : LA PRÉPARATION D'UNE ÉTUDE EN TOUTE URGENCE

Michael Deml et Katharina Jungo

RÉSUMÉ

Dans ce projet, il s'agit de collecter et d'analyser le retour d'expérience de certains groupes considéré-es comme à risque de présenter des formes graves en cas de Covid-19 (par exemple, individus âgés de 65 ans ou plus, atteints de cancer, souffrant de maladies cardiovasculaires, de maladies chroniques respiratoires, telles que l'asthme, dont le système immunitaire est déprimé, ou présentant du diabète ou de l'hypertension artérielle) et qui ont eu recours aux soins primaires pendant la crise Covid-19. Nous nous intéressons également aux expériences des médecins qui ont fourni des soins primaires à des patient-es considér-és à risque pendant la pandémie. Les questions auxquelles nous nous sommes intéressé-es sont les suivantes : dans quelle mesure les fournisseurs des soins primaires ont-ils été capables, ou pas, de fournir des soins primaires aux patient-es considéré-s comme à risque pendant l'épidémie du Covid-19 en Suisse ? Quelles ont été les expériences de ces patient-es ayant eu recours à ces professionnel-les de santé pendant l'épidémie ?

LA GENÈSE D'UNE ENQUÊTE SUR LES SOINS PRIMAIRES DURANT UNE CRISE SANITAIRE

Au moment de l'écriture de ce chapitre d'introduction à la deuxième partie de ce Sociograph (septembre 2021), nous prenons du recul par rapport à notre vécu sur ce projet dont les origines datent de mars 2020. En une année et quelques mois, nous avons collectivement réalisé énormément de choses pour arriver aux résultats présentés dans les deux chapitres qui suivent.

En effet, quand j'ai entamé les préparations de ce projet sur la continuité des soins primaires avec Katharina T. Jungo, nous n'aurions jamais imaginé l'ampleur de nos questionnements, ni sur la pandémie, ni sur les expériences des personnes impliquées dans la prise en charge des patient-es à risque. Dans le présent chapitre, nous expliquons plus en détail le contexte d'incertitude qui a bercé ce projet et les paradoxes qu'il tente de déconstruire. Nous voyons par la suite ce que nous entendons par le concept de « continuité des soins ». Ces jalons paradoxaux et conceptuels servent d'introduction au chapitre de Margaux Dubois, qui se focalise principalement sur les groupes à risque, et à celui de Fantine Gicquel, qui porte sur les relations reconfigurées entre les patient-es et les médecins durant la pandémie Covid-19.

INCERTITUDES SUR TOUS LES PLANS : UNE BONNE RECETTE POUR PRÉPARER UNE ÉTUDE SUR UNE CRISE ?

Le mois de mars 2020 restera toujours gravé dans nos esprits comme un moment clé de l'histoire de l'humanité. Il sera particulièrement marqué dans l'esprit du premier auteur de cet article sur le plan personnel. Le vendredi 13 mars 2020, Michael J. Deml (Mike) soutenait sa thèse doctorale en épidémiologie et en santé publique au Swiss Tropical and Public Health Institute à Bâle. Il tremblait d'angoisse et d'excitation lorsque le comité

doctoral, ayant délibéré dans les couloirs fraîchement désinfectés, revient lui annoncer qu'il va être docteur. Celui-ci rigole nerveusement quand Nino Künzli, le président du comité doctoral, lui tend une main gantée pour le féliciter. Mike, ses amies et sa famille laissent couler quelques larmes. Quand on lui donne la parole après l'annonce, il n'a plus de mots à part « merci ». La foule se disperse. Le président reste dans l'amphithéâtre universitaire pour expliquer la suite du processus à Mike – des papiers à signer, une thèse finale à imprimer en trois exemplaires et à soumettre à la Faculté. Il écoute d'une oreille car il a simplement envie d'aller fêter son nouveau titre. Le président du jury termine ses explications et Mike retrouve Nicole Probst-Hensch, la directrice de son travail doctoral et Cheffe du département d'épidémiologie et de santé publique, dans le couloir. Elle lui explique discrètement que, pour des raisons politiques, elle ne peut pas rester pour le pot de thèse. Mike veut surtout lui offrir un cadeau avant qu'elle ne parte, tant elle est pressée de partir. Mike se dirige vers une cour de l'institut où le comité doctoral, amis et famille l'attendent avec beaucoup d'impatience. Il entend des bribes de conversation sur le Conseil fédéral et sur une fermeture de la Suisse. Il ne comprend pas trop ce qui se passe. Il se précipite pour servir un verre d'apéro, comme le veut la tradition post-soutenance de thèse, aux personnes présentes. Mais ayant trinqué, les fêtard-es décident de rentrer d'urgence à la maison pour être sûres d'y arriver. La cour s'est vidée et les célébrations se sont arrêtées plus tôt que prévu.

À plus de 5'900 km de distance, la deuxième auteure de ce chapitre, Katharina T. Jungo, envoie des messages de soutien à son ami Mike qui allait bientôt soutenir sa thèse. Alors à Boston pour un séjour de recherche dans le Department of Epidemiology à la Harvard TH Chan School of Public Health et à la Division of Pharmacoepidemiology and Pharmacoeconomics du Brigham and Women's Hospital, Katharina suit de loin la soutenance de Mike par le biais de messages WhatsApp envoyés par ses proches. En même temps, elle apprend que son pays d'origine, la Suisse,

va sévir contre la propagation du virus dont elle entendait parler depuis quelques mois. Elle apprend par la décision des sept Conseillers fédéraux que la quasi-totalité de la Suisse va fermer. Katharina se demande ce qui va se passer pour la suite de son séjour aux États-Unis, si ce pays agit de la même manière que la Suisse et ses pays voisins.

Quelques semaines plus tard, le Programme national de recherche 74 (PNR 74) du Fonds national suisse lance un appel à projets aux chercheuses et chercheurs juniors par le réseau des Emerging Health Care Leaders (EHCL). Le but de l'appel est que ces juniors s'organisent pour proposer des projets liés au Covid-19. Les propositions éligibles vont être récompensées par une bourse qui servira comme capital de départ pour lancer ces projets.

Ayant déjà rencontré Mathilde Bourrier, professeure qu'il avait connue pendant sa formation de maîtrise universitaire en sociologie, quelques jours avant la soutenance de thèse pour organiser des projets liés au Covid-19, Mike a eu peu de repos après l'attribution de son titre doctoral. Déjà en pleine discussion sur d'éventuelles études sur la crise sanitaire imminente avec Mathilde, Mike est content de recevoir une proposition de Katharina qui l'invite à développer quelque chose ensemble en réponse à l'appel à projets du PNR 74. Mike a en tête des questionnements liés à ce qu'il entend de ses collègues travaillant sur la vaccination : en plus du risque encouru par le SARS-CoV-2 et la maladie Covid-19, on soupçonne d'éventuelles baisses de la couverture vaccinale de la petite enfance - avec des craintes particulières concernant une recrudescence des épidémies locales dues à une diminution populationnelle de l'immunisation contre le virus contagieux de la rougeole. En effet, certains parents risquent d'éviter les visites médicales non « urgentes », comme le recommandent beaucoup d'expert-es et la majorité des autorités sanitaires à travers le monde. Mike se pose alors la question : Si on évite d'aller chez le médecin et que l'on met en péril le suivi de

la vaccination régulière hors Covid-19, quelles autres maladies infectieuses risquent d'apparaître ?

Katharina, quant à elle, travaille sur les soins primaires des personnes âgées (c'est-à-dire des individus de 65 ans ou plus) souffrant de multimorbidités (c'est-à-dire avec deux maladies chroniques ou plus). Elle s'intéresse plus spécialement aux discussions avec leurs médecins généralistes sur leurs choix de traitement, et au suivi médical des personnes vulnérables qui ont besoin de voir leurs médecins régulièrement. Dans ce contexte, elle se demande : En quoi cette pandémie va avoir un impact sur la prise en charge de ces patient-es déjà vulnérables, surtout si ceux et celles-ci se conforment aux recommandations officielles ?

Après plusieurs discussions via Zoom et de nombreux échanges de documents, nous avons soumis une proposition au PNR 74. Nous avons reçu un budget qui a financé la réalisation de ce projet dans le cadre de l'atelier de recherche à l'appui de l'équipe encadrante du cours, des étudiant-es et de plusieurs collègues en Suisse.

PARADOXES ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Si les incertitudes et expériences mentionnées plus haut embrasaient nos esprits de chercheur et de chercheuse face à des vagues d'incertitudes et virales imminentes, notre vécu de la pandémie et les incessants changements de recommandations et de mesures alimentaient encore plus le brasier. Il nous était impossible de ne pas remarquer certains paradoxes inhérents à ces changements. Curieux/euse et intrigué-es par ces paradoxes, nous nous sommes intéressé-es aux dilemmes que devaient vivre les personnes concernées. Dans un contexte où les messages venant des autorités sanitaires, du type « Restez chez vous ! », ne sont pas en adéquation avec la nécessité pour beaucoup de patient-es à risque de sortir pour avoir une continuité des soins régulière nécessaire au maintien de leur état de la santé, une série de

questions s'est imposée : Comment les fournisseurs des soins primaires ont-ils continué, ou pas, de fournir des soins aux patient-es considéré-es à risque d'avoir des complications graves liées au Covid-19 en Suisse ? Comment ces patient-es ont-ils et ont-elles vécu la nécessité, ou non, d'avoir recours à ces professionnel-les de la santé pendant la pandémie ?

QU'EST-CE QUE LA CONTINUITÉ DES SOINS ?

Si nous nous posions déjà les questions susmentionnées à la genèse du projet, d'autres questions se sont ajoutées quand nous avons été amené-es par les étudiant-es, l'équipe encadrante de l'atelier et d'autres collègues à définir notre terminologie. Suite à de nombreux échanges riches, ces questions se résument en quelques phrases parlantes : « Qu'entendez-vous par « continuité des soins » ? », « Parlez-vous de la continuité des soins avant, pendant ou après la pandémie ? », « Qu'en est-il de la continuité des soins pendant d'autres crises, qu'elles soient sanitaires ou non-sanitaires ? », « Quels sont les enjeux sociétaux de la (dis)continuité des soins primaires en situation de crise ? ». Sans pouvoir être exhaustifs, les prochains paragraphes proposent quelques pistes pour éclaircir nos réflexions en réponse à ces questions.

CONTINUITÉ DES SOINS HORS CRISES SANITAIRES

Ayant pris connaissance de la littérature médicale sur nos questionnements, nous avons vite appris que d'autres chercheur-ses s'étaient déjà préoccupés de la question de la continuité des soins en dehors des crises sanitaires. Par exemple, un groupe de Exeter en Angleterre a, pendant de nombreuses années, tâché de développer la « théorie Exeter », par laquelle « dans les soins primaires, un « médecin personnel », ayant cumulé des savoirs et connaissance sur l'anamnèse/l'histoire, les valeurs, les espoirs et

les craintes du patient, fournira de meilleurs soins qu'un autre médecin quelconque, ayant fait la même formation, mais qui n'aurait pas les mêmes savoirs et connaissances que le « médecin personnel » ; et les bénéfices d'une telle continuité inclura non seulement une plus grande satisfaction pour le patient mais également des consultations plus efficaces, de meilleurs soins préventifs et des coûts plus bas²¹ » (Gray, Evans, et al., 2003, p. 160).

Quelques années plus tard, Jee et Cabana (2006) proposent une revue systématique sur la littérature traitant des indices de la continuité des soins. Ils identifient cinq indicateurs et mesures pour l'opérationnaliser: (1) « la durée » de la relation médecin-patient, (2) « la densité » de visites des patient-es auprès du même fournisseur de soins, (3) « la dispersion », un terme qui considère que les patient-es consultent plus d'un-e professionnel-le de santé, (4) « la séquence », soit l'ordre dans lequel le patient consulte les professionnel-les et (5) « les estimations subjectives », un terme qui comprend les mesures qualitatives du vécu du patient, telles que les perceptions de satisfaction concernant la continuité de ses soins. Les médecins et les expert-es de santé publique continuent à s'intéresser à de tels indicateurs en associant une bonne continuité de soins à d'autres *outcomes*, tels que : la satisfaction envers les soins, la promotion de la santé, l'adhérence à la médication, la moindre fréquentation des hôpitaux et l'influence sur le taux de mortalité (Jee et Cabana, 2006; Pereira Gray, Sidaway-Lee, et al., 2018).

●
²¹ Notre traduction de l'anglais : “in primary care, a ‘personal doctor’ with accumulating knowledge of the patient’s history, values, hopes and fears will provide better care than a similarly qualified doctor who lacks such knowledge; and that the benefits of such continuity will include not only greater satisfaction for the patient but also more efficient consultations, better preventive care and lower costs” (Gray, Evans, et al., 2003, p. 160).

CONTINUITÉ DES SOINS EN PÉRIODES DE CRISE

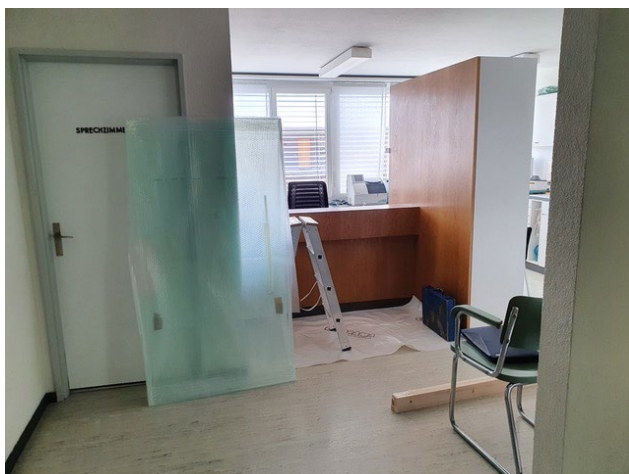
La pandémie Covid-19 est loin d'être la première, et certainement pas la dernière, crise sanitaire de l'histoire. Dans un chapitre opportun fournissant un historique des façons variées dont les chercheurs abordent les pandémies, Lupton (2021) rappelle les dimensions micropolitiques, corporelles, affectives, matérielles, spatiales et multiespèces qui constituent une pandémie de longue durée à l'échelle mondiale. Elle nous encourage à ne pas oublier que les réponses à une pandémie sont, avant tout, des réponses sociales qui sont gérées par des êtres humains immergés dans leurs réseaux, cultures et sociétés. Nous partageons ces constats et soulignons le besoin de reconnaître la complexité de telles réponses sanitaires dans l'analyse de la continuité des soins primaires à l'ère du Covid-19 en Suisse.

D'autres crises se sont déjà avérées déléteres pour la continuité des soins aux personnes qui en auraient eu besoin : les conséquences de la guerre et des déplacements forcés (El Saghir, Soto Pérez de Celis et al., 2018; Lafta & Al-Nuaimi, 2019), les désastres « naturels » comme l'ouragan Katrina aux États-Unis en 2005 (Quast et Mortensen, 2015; Icenogle, Eastburn, et al., 2016; Raulji, Velez, et al., 2018) et même d'autres crises sanitaires. Le titre d'un article, « Women and Babies are Ddying But Not of Ebola », paru dans *BMJ Global Health*, montre bien l'impact de l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone en 2014 sur la mortalité élevée des femmes enceintes et l'augmentation des mort-nés, en grande partie à cause de l'affaiblissement du système de santé pendant cette épidémie-là et des faibles ressources pré-Ébola ayant déjà été allouées aux efforts visant à contrôler ce fléau viral (Jones, Gopalakrishnan et al., 2016).

Dans le cas de la pandémie Covid-19, il faut essayer de garder un œil sur la continuité des soins primaires dans un contexte où les portes fermaient pour tout ce qui n'était pas considéré comme essentiel ou urgent. En Suisse, les messages des autorités sanitaires ont porté à confusion à la suite d'un communiqué de

presse, le lundi 16 mars 2020, dans lequel on explique que le Conseil fédéral « qualifie la situation en Suisse de « situation extraordinaire » au sens de la loi sur les épidémies. Tous les magasins, restaurants, bars et établissements de divertissements et de loisirs sont fermés (...), à l'exception notamment des magasins d'alimentation et des établissements de santé » (Conseil fédéral, 2020). Sans plus de détails dans ce communiqué de presse sur ce qu'est un établissement de santé, la désorientation de certain-es professionnel-le-s de santé peut s'expliquer. En plus, il y a eu une interdiction de réaliser des traitements ou des examens non urgents, qui a été en place jusqu'au 27 avril 2020, date à laquelle les premières mesures ont été assouplies (OFSP, 2020). Sans directives claires et rapides pour savoir comment définir l'urgence et comment s'organiser pour assurer une continuité des soins, nous pouvons comprendre les difficultés auxquelles les médecins généralistes, qui traitent souvent les patient-es considéré-es à risque, ont été confronté-es à ce moment-là de la pandémie.

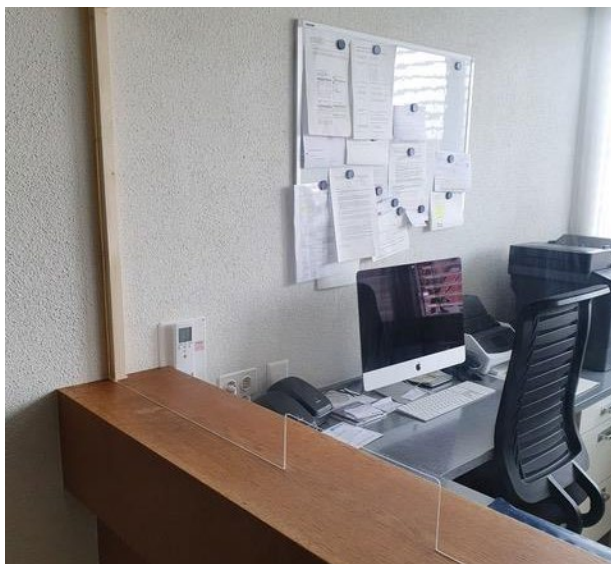
Figure 1 : Modifications de la réception au début de la pandémie



Source : Cabinet médical, photo Dr. Sven Streit, 25 mars 2020

Cette réorganisation a attiré l'attention de nos collègues qui ont analysé les guidelines destinées aux généralistes dans 15 pays afin que ces derniers/ères puissent s'organiser pour affronter le Covid-19 au travail (Tsopra et al., 2021). Ils et elles notent que les guidelines se focalisent principalement sur les soins cliniques et moins sur la gestion du personnel au cabinet (par exemple, secrétaires et assistant-es médicaux/ales), la surveillance épidémiologique et sur le quotidien des généralistes et des patient-es qui les consultent pendant la pandémie. D'autres se sont intéressé-es à l'augmentation des téléconsultations pendant les premiers mois de la pandémie en Suisse. Savoy et al. (2021), par exemple, décrivent comment, fin mars 2020, il y a eu 16 fois plus de consultations téléphoniques liées au Covid-19 que de contacts médecin-patient-e. Ils constatent également une augmentation progressive de 80 % de prise en charge à distance avant fin avril 2020. Nous avons creusé davantage pour mieux comprendre cette question de la baisse de l'utilisation des services pendant le premier semi-confinement en Suisse et avons trouvé une réduction de 17,2 % de consultations hebdomadaires dans la population générale, de 16,5 % chez les patient-es ayant de l'hypertension artérielle, 17,5 % chez les diabétiques, 17,5 % chez les individus ayant des maladies cardiovasculaires, de 15,7 % chez les patient-es âgé-es de moins de 60 ans, de 20,4 % chez les patient-es de 60 à 80 ans et de 14,5 % chez les patient-es âgé-es de plus de 80 ans (Rachamin et al., 2021). Une revue systématique d'études réalisées dans 20 pays démontre des réductions similaires mais note une variation considérable selon les catégories des patient-es et leurs besoins de soins ; il y a eu notamment une plus grande réduction de l'utilisation des soins chez les personnes ayant des maladies moins sévères que chez les personnes ayant des maladies plus sévères (Moynihan, Sanders et al., 2021).

Figure 2 : Réception du cabinet médical et un plexiglas fraîchement installé



Source : Cabinet médical, photo Dr. Sven Streit, 25 mars 2020

Ces exemples démontrent un bouleversement dans l'offre des soins primaires au début de la pandémie Covid-19, à la fois en Suisse et à l'échelle internationale. Un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OECD) explique de manière succincte les enjeux d'un système de soins primaires qui est ébranlé : « [U]n vaste réseau de soins primaires est essentiel alors que les systèmes de santé cherchent à s'adapter à la forte hausse de la demande pour des patients gravement malades atteints d'une nouvelle maladie hautement infectieuse, tout en maintenant la prise en charge des patients chroniques dans des circonstances difficiles et en gérant les effets indirects décrits ci-dessus. Pendant la pandémie, les services de soins primaires ont un rôle à jouer en termes de triage des patients en mettant à profit les liens existants entre les médecins de famille et leurs patients,

en identifiant les patients à risque, en les contactant et en les accompagnant. Ils peuvent également prendre en charge la plupart des patients présentant des symptômes légers de la Covid-19, évitant ainsi de surcharger les hôpitaux avec ces patients. En ce qui concerne les maladies chroniques, les services de soins primaires sont bien placés pour assurer la continuité des soins et faciliter ou ajuster les routines quotidiennes afin de minimiser les risques d'infection à la Covid-19. Il est également essentiel de favoriser la coordination des soins primaires et secondaires en période d'urgence sanitaire. Les professionnels des soins primaires contribuent grandement à ce processus de coordination et aux travaux multisectoriels de l'ensemble des professions » (OECD, 2021, p. 10).

L'ÉVOLUTION DE LA CATÉGORIE « À RISQUE » ET LA RECONFIGURATION DES RELATIONS ENTRE LES PATIENT-ES À RISQUE ET LEURS MÉDECINS

Nous avons brièvement expliqué les circonstances dans lesquelles nos réflexions sur la continuité des soins pour les personnes à risque d'avoir des conséquences graves liées à la maladie Covid-19 ont démarré. Nous avons ensuite détaillé comment ces réflexions se sont concrétisées pour inspirer la recherche décrite dans les chapitres de la deuxième partie de ce Sociograph. Dans son chapitre intitulé « À la recherche de la catégorie à risque à l'ère du Covid-19 », Margaux Dubois décrit l'évolution de la catégorie à risque depuis le début de l'année 2020 en Suisse. En plus de détailler les méthodologies utilisées dans la partie qualitative du projet sur la continuité des soins, Margaux décrit, comme le suggère Barry (2002) dans une analyse des réalités multiples des consultations médicales, la complexité des perspectives différentes concernant la signification de « à risque », à la fois pour les médecins et pour les patient-es.

Figure 3 : Salle d'attente vidée de ses objets pendant la pandémie



Source : Cabinet médical, photo Dr. Sven Streit, 25 mars 2020

Dans le chapitre suivant, « Quand l'information devient le soin : La relation patient-e-médecin reconfigurée à l'ère du Covid-19 », Fantine Gicquel prend le relais en dressant un portrait de la nouvelle organisation des médecins ainsi que des patient-es à risque, dans un contexte largement défini par un besoin de protéger les patient-es à risque des sources d'infection. En effet ces derniers/ères sont susceptibles de s'infecter dans certains milieux médicaux lorsqu'ils et elles requièrent des soins nécessaires au maintien de leur état de santé. Le chapitre de Fantine nous permet de réfléchir aux relations changeantes qu'ont les patient-es avec leurs médecins dans un monde en constante évolution.

BIBLIOGRAPHIE

- Barry, Christine (2002). « Multiple Realities in a Study of Medical Consultations. » *Qualitative Health Research* 12(8): 1093-1111.
- El Saghir, Nagi, Enrique Soto Pérez de Celis, Johny Fares et al. (2018). « Cancer Care for Refugees and Displaced Populations: Middle East Conflicts and Global Natural Disasters. » *American Society of Clinical Oncology Educational Book* 38, p. 433-440.
- Gray, Denis Pereira, Philip Evans, Kieran Sweeney, Pamela Lings, David Seamark, Clare Seamark, Michael Dixon et Nicholas Bradley (2003). « Towards a theory of continuity of care. » *Journal of the Royal Society of Medicine* 96(4): 160-166.
- Icenogle, Marjorie, Sasha Eastburn et Martha Arrieta (2016). « Katrina's Legacy: Processes for Patient Disaster Preparation Have Improved but Important Gaps Remain. » *The American Journal of the Medical Sciences* 352(5): 455-465.
- Jee, Sandra et Michael Cabana (2006). « Indices for Continuity of Care: A Systematic Review of the Literature. » *Medical Care Research and Review* 63(2): 158-188.
- Jones, Susan A., Somasundari Gopalakrishnan, Charles A. Ameh, Sarah White, and Nynke R. van den Broek (2016). « 'Women and babies are dying but not of Ebola': the effect of the Ebola virus epidemic on the availability, uptake and outcomes of maternal and newborn health services in Sierra Leone. » *BMJ Global Health*, 1(3): 1-11.
- Lafta, Riyadh et Maha Al-Nuaimi (2019). « War or health: a four-decade armed conflict in Iraq. » *Medicine, Conflict and Survival* 35(3): 209-226.
- Lupton, Deborah (2021). « Contextualising COVID-19: Sociocultural Perspectives on Contagion », dans Lupton, Deborah et Karen Willis (éds.). *The COVID-19 Crisis: Social Perspectives*, Abingdon: Routledge, p. 240.
- Moynihan, Ray, Sharon Sanders, Zoe A. Michaleff, Anna Mae Scott, Justin Clark, Emma J. To, Mark Jones et al. (2021). « Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. » *BMJ Open* 11(3): 1-10.
- Gray, Denis J. Pereira, Kate Sidaway-Lee, Eleanor White, Angus Thorne, and Philip H. Evans (2018). « Continuity of care with doctors—

a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. » *BMJ Open*, 8(6): 1-12.

Quast, Troy et Karoline Mortensen (2015). « Diabetes Care Provided to Children Displaced by Hurricane Katrina. » *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 9(5): 480-483.

Rachamin, Yael, Oliver Senn, Sven Streit, Julie Dubois, Michael J. Deml et Katharina Tabea Jungo (2021). « Impact of the COVID-19 Pandemic on the Intensity of Health Services Use in General Practice: A Retrospective Cohort Study. » *International Journal of Public Health* 66: 1-8.

Raulji, Chittalsinh, Maria C. Velez, Pinki Prasad, Cierra Rousseau, and Renee V. Gardner (2018). « Impact of Hurricane Katrina on healthcare delivery for New Orleans patients, 2005–2014. » *Pediatric Blood & Cancer* 65(12): e27406.

Savoy, Mona, Dagmar M. Haller, Raphaël Rytz, and Yolanda Mueller (2021). « COVID-19 et téléconsultations. » *Primary and Hospital Care* 21(2): 41-45.

Tsopra Rosy, Paul Frappe, Sven Streit et al. (2021). « Reorganisation of GP surgeries during the COVID-19 outbreak: analysis of guidelines from 15 countries. » *BMC Family Practice* 22(1): 1-16.

SOURCES

Conseil fédéral (2020), Coronavirus : le Conseil fédéral qualifie la situation de « situation extraordinaire » et renforce les mesures : <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques/communiques-conseil-federal.msg-id-78454.html> (consulté le 23/2/2021).

OECD (2021), Renforcer la première ligne : Comment les soins primaires aident les systèmes de santé à s'adapter à la pandémie de COVID-19 : <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/ae139cf5-fr> (consulté le 23/9/2021).

OFSP (2020), New coronavirus: Federal government measures : <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/massnahmen-des-bundes.html> (consulté le 18/3/2020)

CHAPITRE 5. QUAND L'INFORMATION DEVIENT LE SOIN : LA RELATION PATIENT-E/MÉDECIN RECONFIGURÉE À L'ÈRE DU COVID-19

Fantine Gicquel

RÉSUMÉ

La relation privilégiée qui lie les patient-es à risque à leur médecin généraliste est l'objet de ce chapitre. La littérature sur le sujet fait état d'une co-construction de la prise en charge médicale marquée par un équilibre entre suivi clinique des maladies, communication, compréhension et prévention. Cet équilibre, selon Botelho (1992), est négocié par le biais des relations personnelles. L'objectif du chapitre est de comprendre ce que le contexte pandémique récent peut avoir comme effet sur la relation qu'entretiennent les patient-es à risque avec leur médecin généraliste. Après avoir réalisé des entretiens avec des médecins et des patient-es en Suisse romande, j'ai identifié plusieurs pistes d'analyse. D'abord, les médecins ont pris activement à leur charge la communication directe avec leur patientèle. Ensuite, la relation personnelle est devenue prépondérante : pour les patient-es, l'information s'est substituée au soin. Pour finir, les autorités sanitaires se sont immiscées dans la relation de soins, imposant au médecin un rôle plus marqué de conseiller en santé publique.

INTRODUCTION

« Tout au début de la pandémie, nous avons scruté nos agendas électroniques afin de voir tous les patients que nous devons voir. Nous avons dû décider, dans un processus de triage, quels contrôles et bilans étaient importants à garder et lesquels étaient moins importants. Nous les avons contactés par téléphone et nous leur disions : « Nous annulerons ce rendez-vous qui était prévu. Est-ce que tout va bien ? Appelez-nous si vous avez des questions ». »

Professeur, Dr Oliver Senn, Directeur adjoint de l'Institut de médecine familiale de l'Université de Zürich.

Dès mars 2020, la pandémie de Covid-19, marquée par une propagation rapide du virus et par une alternance entre semi-confinement et dé-confinement, est venue bouleverser le domaine de la santé. Les médecins, au cœur de la réponse globale à la crise sanitaire, ont dû modifier leurs pratiques. Port du masque, réorganisation des salles d'attente, report de rendez-vous, les cabinets médicaux comme les hôpitaux ont été les témoins de changements structurels et organisationnels inédits.

Dans cette étude, c'est la relation privilégiée entre les patient-es à risque et leur médecin généraliste qui fera l'objet de mon attention. Après un bref retour sur l'historique de la conceptualisation de cette relation et de ses caractéristiques, nous l'étudierons à l'aune de la sociologie de la santé.

LA RELATION PATIENT-E/MÉDECIN : UNE ANALYSE DANS LE TEMPS ET DANS LA CRISE

RETOUR SUR LA RELATION PATIENT-E/MÉDECIN DANS UNE PERSPECTIVE SOCIOLOGIQUE : D'UNE TOUTE-PUISSANCE À UNE CO-CONSTRUCTION DU SUIVI MÉDICAL

La relation qui lie les patient-es à leur médecin est un objet d'étude apprécié des sciences sociales et auquel la sociologie s'intéresse depuis de nombreuses années. Pour camper le paysage sociologique de mon étude, j'ai choisi d'en proposer une brève description. Depuis les années 1950, plusieurs paradigmes ont émergé pour définir cette relation. D'abord, Parsons (1951), dans une perspective fonctionnaliste, qualifie la relation qu'entretiennent les patient-es avec leur médecin « d'asymétrie », les patient-es étant considéré-es dans la plupart des cas comme passifs/ves. Il est possible de mettre en lien cette vision de la relation avec le contexte médical de l'époque. En effet, Parsons théorise cette relation privilégiée dans un contexte d'après Seconde Guerre mondiale, lorsque « la toute-puissance de la médecine, liée aux traitements des maladies infectieuses avec les antibiotiques, ne souffrait d'aucune contestation » (Thoër, 2013, p.4). Caduff (2014) qualifie cette période « d'utopie médicale ». Elle se caractérise par la baisse de la mortalité, la diminution des maladies infectieuses et le rythme soutenu des révolutions pharmacomédicales, rendant le projet d'éradication des maladies atteignable.

La perspective parsonnienne a notamment été critiquée par Freidson (1984), lequel remet en question la passivité des patient-es, l'hégémonie de la médecine et l'asymétrie de la relation avec les médecins. Il voit en outre les médecins comme des expert-es qui, n'étant pas toujours neutres et scientifiques, participent à la construction sociale des maladies. Pour Freidson, « même la

médecine, quand elle applique ses connaissances, est au fond dans une position morale et non pas objective, une position qui, lorsqu'elle est professionnalisée, crée elle-même ses idées du bien » (p.341). Le contexte médical peut une nouvelle fois être mis en lien avec l'évolution de la vision de la relation de soin. Les années 1980, pendant lesquelles Freidson (1984) écrit son ouvrage « La profession médicale », sont marquées par ce que l'historien King appelle la catastrophe biologique (cité par Caduff, 2014). À cette période, l'épidémie de VIH/sida et les agents pathogènes résistants aux antibiotiques révèlent les failles de la santé publique dans le contrôle des maladies.

Depuis les années 2000, la relation entretenue par les médecins avec leurs patient-es, auxquels on reconnaît désormais des capacités *d'agency*, est davantage fondée sur une co-construction du soin (Thoër, 2013). Ce phénomène est notamment observé pour les patient-es ayant des maladies chroniques. Dans leurs cas, le/la médecin fait office de formateur/rice et transfère une partie de ses connaissances médicales aux patient-es (Ibid). Les sciences sociales s'intéressent alors à « la participation du patient et au processus de négociation mutuelle qui s'engage entre les protagonistes de la relation de soin » (Thoër, 2013, p.4).

L'ESSENCE DE LA RELATION : ENTRE RELATION MÉDICALE ET RELATION PERSONNELLE

La communication, un élément clé de la co-construction du soin

La communication est un objet central du soin car elle permet aux médecins d'obtenir des informations sur l'état de santé clinique des patient-es (Bothelo, 1992). De plus, pour les patient-es, la communication est essentielle dans la compréhension de leur

maladie, compréhension dont dépend leur collaboration dans le processus de rétablissement (respect des ordonnances ou des prises de rendez-vous). Cette communication étant l'une des clés de la relation, cette vision plus participative de la médecine a reçu un écho non négligeable auprès d'acteurs et d'actrices de la formation médicale (Thoër, 2013). Le soin est envisagé comme un échange entre le/la médecin et ses patient-es. Les sciences médicales reconnaissent aux patient-es un droit à l'information. Grâce au développement du modèle de soins conjoints, la transmission d'informations aux patient-es est accrue et l'on observe un certain transfert de connaissances entre le/la médecin généraliste et les patient-es (Genolini et al., 2011).

La communication, en tant que caractéristique centrale des relations de soin participatives, se doit d'être étudiée plus en détail. Pour ce faire, il est possible de mobiliser la conception de la question proposée par Street (2003) qui tend à enrichir la conceptualisation de la relation entre les patient-es et leur médecin en étudiant les influences structurelles de la société sur cette dernière. En effet, il met en avant un modèle de communication au sein de la relation dépendant de quatre contextes. Le premier est le contexte culturel qu'il entend comme les différences de statuts entre les patient-es et les médecins. L'auteur évoque une différence de connaissance médicale, dans un premier temps, puis une différence de milieu social d'origine, dans un second temps. La communication entre les médecins et les patient-es dépend de la capacité qu'ont chacun-e des membres de la relation à s'adapter au contexte culturel de l'autre. Le second contexte, qui influence la communication dans le travail de soin, est le contexte organisationnel. Il concerne la manière dont sont organisés le soin et la hiérarchie des professions de soin. Les différences organisationnelles changent selon les pays et conditionnent la sélection des professionnel-les de santé qui fréquentent le quotidien des patient-es. Comme troisième contexte, Street présente le contexte politique et juridique. Ce cadre définit l'aspect de la rémunération et le budget du travail de

soin (les salaires, l'achat de matériel, la construction d'infrastructures). Il comprend également les prestations sociales qui accompagnent et soutiennent le ou la patient-e, financièrement ou autrement. Pour finir, le quatrième et dernier thème abordé par Street est le contexte médiatique. Ce contexte concerne les canaux de diffusion des informations médicales et de la prévention. Thoër (2013) dit à ce sujet qu'il est « marqué depuis une décennie par le développement de « l'Internet santé », qui contribue à redéfinir les circuits de diffusion des savoirs médicaux et semble favoriser la publicisation des enjeux de santé publique » (p.5).

Les contextes conditionnant la communication entre les patient-es et les médecins étant établis, il convient à présent de se concentrer sur les processus de négociation des relations de soin.

Les processus de négociation de la relation de soin

Comme Street (2003) a pu la conceptualiser, la communication entre les médecins et les patient-es dépend de la capacité qu'a chacun-e des membres de la relation à s'adapter au contexte culturel de l'autre. Pour ce faire, les médecins mettent en place des stratégies de négociation (Girard & Grand-Maison, 1993), c'est-à-dire des stratégies qui ont pour but « d'améliorer la collaboration, le processus de résolution des problèmes et la santé des patients » (Botelho, 1992, p. 210). Selon Botelho (1992), les patient-es et leurs médecins sont en constante négociation des objectifs et des contenus de la communication. Il est tout de même important de noter que ce sont les médecins qui ont la tâche d'entamer et de gérer la négociation (Girard & Grand-Maison, 1993). Cette négociation donne lieu à deux types de relations tout aussi indispensables l'un que l'autre dans le suivi médical des patient-es (Botelho, 1992).

La première relation présentée par Botelho est la « relation médicale ». Celle-ci concerne les manières de diagnostiquer et de

soigner une maladie. Le rôle des patient-es, dans cette relation, est de consulter leur médecin lorsqu'ils ou elles se sentent malades ou qu'ils ou elles ont des symptômes cliniques qui les inquiètent (Girard & Grand-Maison, 1993). Les médecins ont de multiples rôles : ils leur incombent le diagnostic des maladies et l'apprentissage aux patient-es des spécificités de celles-ci (Lutfey, 2005). Cet apprentissage apparaît comme nécessaire aux patient-es atteint-es de maladies chroniques telles que le diabète. Informer les patient-es des risques liés à leur maladie permet de les impliquer dans le processus de soin et de rendre plus efficace le suivi des traitements (Lutfey, 2005). Les médecins se doivent également, dans la mesure du possible, de guérir les maladies, de contrôler leurs symptômes et de faire de la prévention concernant les manières de se maintenir en bonne santé (Botelho, 1992 ; Lutfey, 2005). Cette relation de soin entre l'expert-e et le/la patient-e peut néanmoins être perturbée si les deux parties n'arrivent pas à faire concorder leurs visions de la maladie et du soin. En effet, « patients et médecins ont leurs propres perspectives sur les caractéristiques et processus de la maladie » (Ibid, p. 211).

Pour Botelho (1992), les médecins peuvent éviter l'incompréhension mutuelle grâce à la deuxième relation : la « relation personnelle ». Dans cette relation, le but est de faire coïncider la vision des patient-es (expert-es de leur expérience de la maladie) et la vision des médecins (expert-es médicaux/ales). Les tâches du/de la médecin dans cette relation sont les suivantes : comprendre la maladie dans le contexte de vie du/de la patient-e, partager ces informations avec lui/elle et l'aider à développer des stratégies pour vivre avec cette maladie. Il ou elle a aussi un rôle pédagogique et doit collaborer avec le/la patient-e dans la prévention de problèmes psychologiques liés, entre autres, à la souffrance engendrée par la maladie. Cette relation personnelle tourne autour de la compréhension ainsi que de la transmission d'informations ou de savoir au/à la patient-e, et se met au service de la relation médicale (Botelho, 1992). Entretenir

une relation personnelle avec la/le patient-e favorise la coopération dans le suivi médical et clinique (Lutfey, 2005). Le/la médecin généraliste semble alors être le plus à même de mettre la relation personnelle au service du suivi médical de la maladie. En effet, « le médecin généraliste est en position favorable pour rencontrer l'homme derrière sa plainte, et agir ainsi plus en profondeur en ne méconnaissant pas la singularité de son patient » (Le Breton, 1996, p.34).

PROBLÉMATISER LA RELATION PATIENT-E/ MÉDECIN DANS UN CONTEXTE DE CRISE

La pandémie de Covid-19 est loin d'être la première crise sanitaire mondiale de l'histoire. Lupton (2020) rappelle que beaucoup de maladies mortelles se sont propagées au cours des siècles. Par exemple, la fin des années 1970 a été marquée par l'émergence en République Démocratique du Congo du virus Ebola et les années 1980 ont dû faire face à l'épidémie de VIH/sida. La connaissance des épidémies passées et de leurs enjeux permet d'étudier les spécificités du Covid-19. La première spécificité de cette pandémie tient dans l'émergence du concept largement critiqué de distance sociale dont les mesures principales sont les semi-confinements (Rocher et White, 2021). De fait, le 13 mars 2020, les autorités suisses annoncent un enfermement généralisé qui va avoir un impact sur les interactions professionnelles, familiales et médicales²². Les autorités sanitaires recommandent entre autres de trouver « des alternatives aux consultations face à face comme les consultations téléphoniques ou la télémedecine » (Tsopra et al, 2021), la consultation en cabinet étant réservée aux urgences. C'est dans ce contexte que je me propose d'étudier la manière

●
²² Communiqué du Conseil fédéral daté du 16/3/2020 :
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-78454.html>

dont la relation entre patient-es catégorisé-es « à risque » et leur médecin généraliste a dû se reconfigurer.

Ainsi, la littérature faisant état d'une co-construction de la prise en charge médicale marquée par un équilibre entre suivi clinique des maladies (relation médicale) et communication, compréhension et prévention (relation personnelle), il est possible de se demander ce que le contexte pandémique récent peut avoir comme effet sur la relation qu'entretiennent les patient-es à risque avec leur médecin généraliste. Le but de cette étude est donc d'appréhender la place que prend chacun des types de relation susmentionnés dans le suivi médical, en Suisse romande. Pour ce faire, je réponds aux questions de recherche suivantes : dans quelle mesure et comment les relations patient-es à risque médecins généralistes sont-elles reconfigurées par le Covid-19 ?

RÉSULTATS : DU SOIN À L'INFORMATION QUAND LA RELATION PATIENT-E/MÉDECIN BASCULE

La présentation des résultats s'articule autour de trois axes principaux. Nous aborderons d'abord les stratégies de remédiations mises en place par les médecins²³. Du fait de ces stratégies, le rôle du/de la médecin de famille se modifie, ainsi que la place de la relation personnelle²⁴ dans le suivi médical des patient-es. Nous nous attarderons ensuite sur l'impact du rôle de conseiller pris par les médecins, ainsi que sur les nouvelles attentes des patient-es quant à la relation de soin et la continuité des soins primaires pendant le Covid-19. Pour finir, nous reviendrons sur la manière dont l'implication des autorités sanitaires dans les

●
²³ Dans cet article les termes médecin de famille, médecin de soins primaires, médecin généraliste sont utilisés comme synonymes.

²⁴ Lorsqu'il est fait mention dans les parties de résultats de « relation personnelle » ou de « relation médicale », cela fait référence aux concepts de Botelho (1992) présentés dans la revue de la littérature.

relations de soins a participé à amputer le/la médecin de son rôle initial de soignant-e, à savoir le maintien de l'équilibre entre relation personnelle et relation médicale. Pour ce faire, je me servirai de l'exemple de la vaccination comme réponse sanitaire pour lutter contre la propagation du virus.

LA PROACTIVITÉ DU MÉDECIN À SON PAROXYSMES : UN RÔLE REVISITÉ ?

Un des enjeux cruciaux dans le soin de premier recours pendant le Covid-19 a été le maintien de la communication et du contact entre les médecins de famille et leur patientèle à risque. Une partie du temps de travail s'est alors centrée sur la réorganisation de cette communication. De même, une partie du temps de soins cliniques a été allouée en temps supplémentaire dédié à la prévention. Ces modifications entraînent une prépondérance de la « relation personnelle » sur la « relation médicale » (Botelho, 1992).

Plutôt prévenir que guérir ! La mise en œuvre de modalités d'accompagnement pour les patient-es à risque

La première particularité imposée par les semi-confinements est le fait que les médecins ont pris sur elles et eux d'entrer en contact avec les patient-es à risque. Plusieurs stratégies de remédiation ont été mises en place par les médecins de famille, dans le but de garder le contact avec leur patientèle. Pendant la première vague (entre mars 2020 et juin 2020), les médecins ont eu pour consigne de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de ne prendre en charge dans leur cabinet médical que les consultations urgentes. L'OFSP s'exprime en ces termes dans un communiqué du 16 mars 2020 : « Les hôpitaux, cliniques et cabinets médicaux restent ouverts, mais doivent renoncer à tous les traitements et

interventions non urgents »²⁵. Les autorités qualifient les consultations d'urgentes lorsqu'elles ne peuvent être reportées dans le temps sans que cela n'impacte spécifiquement les patient-es à risque. Les médecins et le personnel médical des cabinets (secrétaires, médecins généralistes à la retraite, infirmières) ont donc téléphoné aux patient-es ayant des maladies chroniques pour reporter les rendez-vous lorsque leur maladie (p. ex. diabète et hypertension) était stable.

Parallèlement, les médecins ont dressé des listes pour identifier et contacter plus spécifiquement les patient-es à risque figurant dans leur patientèle. Ainsi, devant d'éventuelles prises de contact et de rendez-vous, la plupart des médecins des cantons romands de notre échantillon ont appelé leurs patient-es afin de les informer des implications de leur(s) maladie(s) en cas de contamination. La communication dans l'urgence de la première vague s'est donc faite en deux temps : d'abord, les médecins ont reporté les rendez-vous considérés comme « non urgents », c'est-à-dire notamment les suivis des maladies chroniques qui étaient stabilisées. Ensuite, ils ont identifié et pris contact avec la patientèle à risque. Pour les patient-es à risque, la première vague de la pandémie est donc marquée par une démarche proactive des médecins généralistes, mais ce, dans la prise de contact et la transmission d'informations davantage que dans la prise en charge thérapeutique. Sur les 12 médecins interviewé-es dans les cantons romands, 8 affirment avoir téléphoné à leurs patient-es, soit directement, soit par le biais de leurs collaborateurs et collaboratrices (secrétaires, médecins généralistes à la retraite, infirmier/ières). En témoigne notamment la réponse du Dr Grosjean²⁶ établi dans le canton de Vaud, à la chercheuse qui lui

²⁵ Site web de l'Office fédéral de la santé publique, 2021.

²⁶ Tous les noms des participant.es sont des pseudonymes. Plus d'informations les concernant se trouvent dans le Chapitre 6 (tableaux 1 et 2).

demande s'il a mis en place des mesures particulières pour les patient-es à risque :

Fantine Gicquel²⁷ : « Pour les patients à risque, est-ce que vous vous êtes organisé de manière spécifique ? »

Dr Grosjean : « Alors le suivi par téléphone, on les a tous appelés, vraiment pour les patients les plus à risque qu'on a détectés comme tels. On les avait appelés, on les avait contactés directement pour savoir s'ils avaient des questions, par rapport à leur maladie (...) pour leur dire que s'ils ont un problème avec leur maladie chronique il ne faut pas qu'ils restent seuls, même si on leur a dit qu'il n'y a pas de consultations. Et puis beaucoup de personnes pensaient que les cabinets médicaux étaient fermés. On a essayé de passer le mot que non, les cabinets ne sont pas fermés, on est là même si on a moins de travail, on est ouvert et s'il y a quelque chose vous pouvez appeler. »

Le Dr Müller qui exerce dans le Canton de Genève dit sur le même sujet :

« Alors oui ! (...). Surtout au début, on les a rappelés pour voir comment ils allaient. Ça a beaucoup aidé les patients que ce soit leur médecin traitant qui appelle. (...). Donc que ce soit le médecin traitant, ça a été beaucoup plus intéressant. À chaque fois, ils nous ont dit ça : « Ça nous rassure que vous pensiez à nous, que vous nous appeliez ». »

Sur la base des entretiens, j'ai identifié trois fonctions au renversement de la communication entre les médecins et les patient-es : (1) préserver les relations (médicales et personnelles) avec les patient-es pour qu'ils ou elles continuent de se faire soigner, (2) assurer l'avenir économique du cabinet médical et (3) ne pas perdre tout le suivi des soins effectués jusqu'alors.



D'abord, les médecins utilisent la prise de contact proactive comme un outil leur permettant d'entretenir une relation privilégiée avec les patient-es et de leur signifier l'importance d'une continuité des soins. Ensuite, il est important de rappeler que, bien que les médecins aient un devoir de soins, il n'en reste pas moins qu'ils ont un intérêt économique à ce que leur patientèle ne déserte pas les cabinets médicaux. Enfin, la prise de contact et la transmission d'informations sont des éléments essentiels du travail du médecin, qui doit informer et prévenir pour que les maladies stabilisées ne se dégradent pas, faute de suivi. Les médecins se concentrent sur la prévention afin que la prise en charge thérapeutique qui a été effectuée avant la pandémie n'ait pas été vaine. Le Dr Grosjean précise :

« On ne savait pas combien de temps allait durer cette situation et on avait peur que ça reste plusieurs mois et que ces gens reviennent avec toutes leurs maladies décompensées. C'étaient des craintes. »

De plus, durant la première vague et pendant l'été 2020, au-delà du fait que les médecins ont eu à cœur de prendre contact avec les patient-es à risque, ils ont dû répondre à la demande d'informations grandissante des patient-es, bien plus qu'à leur demande de suivi des maladies chroniques. Dre Dubey présente notamment les restructurations du personnel qui ont été nécessaires pour répondre aux interrogations téléphoniques de ses patient-es : « Au niveau téléphonique on avait un médecin assistant à 50 % à l'époque, qui n'a fait pendant quatre semaines que ça, que de répondre aux patient-es. Et une de nos collaboratrices, médecin spécialiste, qui était à risque et qui ne pouvait plus faire ses consultations, on l'a engagée aussi pour faire du tri téléphonique et des réponses téléphoniques aux patients. » (Dre Dubey, Fribourg)

Il n'est pas nouveau que les médecins généralistes collaborent avec des secrétaires et des infirmier/ères pour répondre aux appels et questionnements de la patientèle. Cependant, la

nouveauté réside dans le fait que cette communication a pris une place prépondérante, remplaçant le suivi médical et l'examen clinique. Cette citation de la Dre Paccot permet de relever la mutation des consultations de soin en appels téléphoniques, au cours du mois de mars 2020 :

Margaux Dubois : « Comment est-ce que vous vous êtes organisée au tout début de la pandémie ? »

Dre Paccot : « Alors au tout début, en fait, j'ai passé des jours à faire des téléphones parce que tout le monde a annulé. »

Ce phénomène est identifié principalement durant les périodes d'instabilité, que les participant-es définissent comme le début de la pandémie, ou lors de l'arrivée de nouveautés majeures liées au Covid-19 (comme les tests rapides, les variants ou le vaccin). Au cours de ces périodes, le travail des médecins est en tension entre relation médicale – qui est, pour rappel, centrée sur le diagnostic, la guérison et le contrôle des symptômes des maladies – et relation personnelle – centrée quant à elle sur l'explication et l'éducation des patient-es quant à leur maladie et à la manière de vivre avec. En effet, dans le contexte pandémique de début 2020, les médecins ont pris en charge la transmission d'informations sur la pandémie, bien plus que l'activité de soin se rapportant aux maladies chroniques des patient-es (prises de sang, contrôles physiques divers ou auscultations).

Contrainte par un contexte et des directives sanitaires, la communication a été un enjeu central des stratégies de remédiation des médecins. Ces nouvelles modalités de prises de contact et de transmission d'informations, faisant passer le soin traditionnel au second plan, me permettront de mettre en évidence un changement dans les rôles du/de la médecin de famille, dans la partie suivante.

De soignant-e à conseiller/ère : le/la médecin comme relais de l'agenda de santé publique

Le fait que le/la médecin prenne contact avec les patient-es change plus que les seules modalités de communication entre les deux parties : cela modifie le rôle des médecins de famille. Ce changement de rôle réside surtout dans la place primordiale que la transmission de l'information et le contenu de celle-ci prennent dans le suivi médical.

Tout d'abord, les relations de soin basculent. Avant la pandémie, le/la médecin considère qu'il ou elle fait son travail lorsqu'il ou elle maintient l'équilibre entre la relation médicale (plus clinique) et la relation personnelle (plus communicationnelle). Cependant, dès le début de la pandémie, un mode dégradé (Bourrier, 2020), c'est-à-dire un mode de fonctionnement alternatif permettant d'assurer l'essentiel d'une activité confrontée à des perturbations, se met en place. En l'occurrence, l'information devient l'essentiel, faisant ainsi perdre l'équilibre susmentionné. La relation personnelle, centrée sur la communication des informations aux patient-es, écrase la relation médicale qui comprend la consultation clinique. Dans ce nouveau contexte, le/la médecin se doit d'offrir toutes les informations nécessaires à la compréhension du Covid-19 et des particularités des maladies chroniques pour les patient-es à risque, délaissant par-là le suivi thérapeutique. En dépend notamment le fait d'être perçu comme un bon médecin, ainsi que le souligne ce médecin de famille vaudois, lorsque je le questionne sur la prépondérance de son rôle de prévention :

Fantine Gicquel : « Ce qui vous ajoute cette fonction de prévention en plus de soin ? »

Dr Wicht : « Le bon médecin généraliste a toujours fait de la prévention, mais c'est vrai qu'avec le Covid-19, c'est une prévention qui est particulière, qui est nouvelle et qui prend du temps, qui avant était consacrée à autre chose. »

Parallèlement, le/la médecin est vu-e par les patient-es comme celle ou celui qui est informé-e aussi bien au niveau médical qu'au niveau sanitaire. Pour les patient-es, c'est celle ou celui qui « sait » plus encore que celle ou celui qui soigne. Les patient-es ne s'autorisent d'ailleurs pas à faire des recommandations à ces professionnel-les de santé qui semblent détenir l'information légitime, comme le montre la citation de M. Carron :

Fantine Gicquel : « Et si vous aviez des recommandations pour que les professionnels de santé soient mieux préparés lesquelles ce seraient ? »

M. Carron : « Pas spécialement, je pense qu'ils sont plus informés que nous. Ils ont plus l'habitude. Ils ont la tête sur les épaules et ils gèrent bien leurs patients. Donc on ne peut que les remercier de ce qu'ils ont fait. »

Ensuite, dans cette phase de reconfiguration de leur travail, les médecins de famille se font les relais non officiels des directives de l'OFSP. Le contenu de l'information transmise aux patient-es change. Ils ne traitent plus seulement les informations concernant le suivi clinique (symptômes, état de santé...) et les possibles risques physiologiques liés à la contraction du virus. Ils traduisent les directives sanitaires à leurs patient-es, centrant le suivi médical autour de la relation personnelle. Les médecins généralistes se placent en pédagogues et centrent leurs messages sur l'apprentissage de la vie avec une maladie chronique à l'ère du Covid-19. Ceci les conduit à communiquer et à conseiller les patient-es à risque sur tous les aspects de la vie, y compris la vie privée. Le Dr Grosjean s'informe par exemple de l'organisation de ses patient-es pour leurs courses :

« On les avait appelés. On les avait contactés directement pour savoir s'ils avaient des questions par rapport aussi à leur maladie et pour savoir si tout roulait par rapport à ces directives qui sont nouvelles. Pour voir comment ils s'arrangeaient pour faire des courses et autres. »

Il en va de même de la majorité des médecins interrogé-es, comme le montre cet autre extrait d'entretien du Dr Wicht :

« C'était vraiment un message de prévention pour nos patients fragiles : « Faites attention. Lavez-vous les mains. Évitez de voir du monde, surtout à l'approche des vacances de Noël. Ne vous réunissez pas trop en famille ». »

Ces extraits d'entretien me permettent d'appuyer l'idée suivante : plus qu'un-e soignant-e qui maintient l'équilibre entre consultation clinique et prévention, le/la médecin généraliste est devenu-e une ressource pour les autorités de santé publique, dont un des principaux besoins est la communication des mesures sanitaires à la population. Dans un contexte suisse où les médecins de famille travaillent en tant qu'indépendant-es, ils et elles deviennent avec la crise un rouage de diffusion des directives publiques. Le changement de rôle entamé par les démarches proactives des médecins (de prise de contact et de maintien de l'information) en fait les traducteurs/rices privilégié-es des mesures sanitaires auprès des patient-es à risque. Cette traduction de l'information est devenue, dans le soin de premier recours, un but en soi, comme l'illustrent les propos du Dr Wicht : « Exactement, le but c'est de rappeler les gens qui sont inquiets, de leur donner l'information ce n'est pas de se dire : « Bon, maintenant, il est 19h30. J'ai deux téléphones à faire. Tant pis, advienne que pourra. » Non, on va appeler les gens. C'est notre rôle. C'est notre but. »

CONTINUITÉ DES SOINS : UNE CO-CONSTRUCTION DU SOIN PRÉSERVÉE ?

Dans cette partie de présentation des résultats, nous mettons en lumière les dynamiques de soins dans un contexte de pandémie, sachant que le rôle du médecin a été modifié. La première partie nous permettra de revenir sur les dilemmes présents dans les soins

des patient-es à risque, qui oscillent entre nécessité de se rendre à l'hôpital et peur de la contamination. Nous reviendrons également sur l'influence que leur médecin de famille a su garder concernant leur décision de soin, notamment en ce qui concerne leur perception des lieux considérés comme « risqués ». La seconde sera consacrée à l'analyse des craintes des médecins concernant les modalités d'un soin à distance qui les ampute de la partie clinique de la relation de soin.

Le cabinet médical ou rien : le ou la patient-e face à ses dilemmes de soin

Durant les différentes phases de semi-confinement et déconfinement, les populations à risque ont dû faire des choix en termes de soin. Comme expliqué par les participant-es lors des entretiens, ces choix ont été influencés soit par les autorités compétentes (par exemple l'OFSP et les médecins cantonaux), soit par leur propre perception du risque et des lieux liés à la contamination. Dans cette partie, c'est le deuxième cas de figure qui est l'objet de mon attention particulière. En effet, sur la base des entretiens, je relève que la relation privilégiée qu'entretiennent les patient-es à risque avec leur médecin de famille influence leur perception des lieux de soins vus comme plus ou moins vecteurs de contamination. Cette perception des lieux impacte ensuite les décisions de soin des patient-es, à savoir : qui soigne, où se faire soigner et quand solliciter l'aide du système de santé.

La majorité des patient-es des cantons romands représentés dans cette étude fait une distinction nette entre les risques de contamination dans le cabinet médical et ceux à l'hôpital. La plupart des participant-es ont perçu l'hôpital comme un lieu de contamination, contrairement au cabinet médical, un endroit que les patient-es qualifient de « sans risque » de transmettre le virus. Quand une des chercheuses de l'équipe de recherche évoque la peur de se rendre dans ces différents lieux, Mme Vari mentionne

d'elle-même la contamination et cette distinction entre le cabinet médical et l'hôpital.

Margaux Dubois : « Et pour aller chez le docteur Manzoni, vous aviez moins peur que pour aller à l'hôpital ? »

Mme Vari : « Oui, parce que là-bas, je ne peux pas avoir cette infection au Covid-19, alors que dans l'hôpital c'est possible. Les gens tombaient malades juste à l'hôpital. »

Comme la majorité des patient-es interviewé-es, Mme Cossy, associe également l'hôpital à la contamination et dit à ce sujet :

« Donc ça c'était l'hôpital, où il n'y avait pas encore, parmi les patients, de cas de Covid-19. Après il y en a eu des gens qui ont été opérés pour telle chose et qui ont attrapé le Covid-19 à l'hôpital. »

Elle ajoute en parlant du cabinet médical :

Fantine Gicquel : « Est-ce que vous aviez l'inquiétude en allant chez le médecin généraliste d'attraper le Covid-19 ? »

Mme Cossy : « Non pas du tout, j'ai tellement nagé dans le Covid-19 avec l'EMS [rire]. Non pas du tout parce que tout était très propre, les assistantes aussi, tout le monde est bien. Pas du tout. »

Une analyse plus poussée de cette dichotomie entre l'hôpital et le cabinet médical, permise par les données issues des entretiens, est importante pour mettre en lumière le rôle non négligeable joué par les médecins généralistes. Ces derniers/ères ont pu jouer un rôle moins visible que les directives officielles, mais non moins influent sur les décisions de soin des patient-es, ainsi que sur leur perception des lieux de contamination. En effet, ils ont mis en place des stratégies de remédiation (prise de contact avec les patient-es, rôle de conseiller/ière et traduction des

directives officielles, espacement des rendez-vous) afin de réduire les craintes qui entouraient, en mars 2020, les cabinets médicaux.

Lorsque les patient-es ont fait face au dilemme concernant le risque de se déplacer pour se faire soigner, les médecins ont pu les rassurer. Veillant, au début de la pandémie, à garder le contact et la relation personnelle qu'ils et elles entretiennent avec leur patientèle, et privilégiant la communication directe et proactive avec cette dernière, ils ont assuré le retour de la prise en charge médicale en cabinet. Le suivi chez le/la médecin généraliste est alors moins marqué par la crainte de la contamination. Les patient-es font d'ailleurs référence au fait qu'ils et elles n'ont pas peur de se rendre chez le/la médecin car ils et elles ont « confiance », le/la médecin et les employé-es étant « proches » d'eux ou d'elles. Mme Barillon soutient cette idée lorsqu'elle explique la différence, à ses yeux, entre le cabinet médical et l'hôpital. Elle revient notamment sur le fait qu'elle a pu communiquer avec le médecin directement :

Margaux Dubois : « Quelle est la différence entre le cabinet de votre médecin de famille et les hôpitaux pendant la pandémie ? »

Mme Barillon : « C'est tout petit et je connais bien le médecin. Et en parlant avec lui, j'ai appris qu'il engageait des personnes qui prennent soin du cabinet, qui nettoient. Du coup ces personnes je les connais personnellement, donc je sais qu'elles y vont trois fois par semaine, donc je sais que c'est nickel. »

La relation personnelle que les patient-es entretiennent avec le médecin, ce rôle de conseiller/ière et l'assurance que le cabinet médical est un lieu sûr, ont été autant d'éléments qui ont permis la continuité des soins primaires. Certain-es patient-es allant même jusqu'à reporter leur suivi de maladies chroniques à l'hôpital, tout en conservant néanmoins leurs rendez-vous chez le/la médecin de famille. C'est le cas de Mme Badel qui a ajourné

ses rendez-vous de suivi chez le pneumologue à l'hôpital, alors qu'elle est atteinte d'hypertension artérielle pulmonaire :

Fantine Gicquel : « D'accord, et vous avez choisi de reporter parce que vous aviez des craintes de retourner à l'hôpital ? »

Mme Badel : « Oui alors, c'était déjà par rapport à l'hôpital, parce qu'on entendait autour de nous des gens qui n'ont rien et puis qui avaient été opérés à l'hôpital et c'était arrivé [sous-entendu ils avaient attrapé le Covid-19]. Je me suis dit : je ne vais pas prendre de risque alors que pour moi, depuis le rendez-vous précédent, rien n'avait tellement changé. Je me suis dit que je pouvais attendre. »

A contrario, elle parle de son suivi dans le cabinet médical de la sorte :

Fantine Gicquel : « Et votre médecin généraliste vous l'avez vu à la même fréquence que d'habitude ? »

Mme Badel : « Alors à la même fréquence, je suis allée faire le vaccin de la grippe, ensuite je suis allée faire tous mes TP pour mon Sintrom²⁸, comme d'habitude. Oui et chez lui c'est très simple parce qu'on l'a au téléphone et le lendemain on peut y aller. »

Ainsi, lorsque les patient-es à risque sont face à leur choix de soin, ils se tournent vers leur médecin de famille, lequel/laquelle a mis en place dès le début de la pandémie des dispositifs pour maintenir la relation et se proposer comme conseiller privilégié. À ce titre, j'avance que la relation entre les patient-es à risque et

●
²⁸ La patiente fait référence à l'examen médical qui permet de vérifier ses facteurs de coagulation et le dosage de son médicament anticoagulant (le Sintrom).

le/la médecin généraliste a pu être une des conditions de la continuité des soins et de la prise en charge médicale.

**Lâcher prise :
quand le médecin doit déléguer
la prise en charge aux patient-es**

Bien que les médecins gardent une influence non négligeable sur les décisions de soin du/de la patient-e, les soins à distance leur imposent un certain lâcher-prise. Le cabinet médical est central dans la prise en charge des patient-es, mais avec les semi-confinements, toute une partie du soin bascule à distance. Leur rôle renforcé de conseiller/ère leur offre une possibilité accrue de communication. La place prépondérante que prennent la relation personnelle et l'information dans le suivi médical est, certes, une composante de la continuité des soins au temps du Covid-19. Toutefois, ce nouvel équilibre présente des limites. Ce basculement de la relation ampute le/la médecin de son rôle clinique de soignant-e. Être centré sur la traduction des directives et une transmission de l'information à sens unique comporte un manque à gagner pour les médecins, lesquel-les perdent l'accès aux données cliniques des patient-es. De plus, les médecins craignent que leur patientèle ne se soigne plus ou n'appelle plus le cabinet. Ces peurs sont préexistantes au contexte du Covid-19, mais prennent une place plus importante lorsque s'ajoute à la décision de soin, la peur de se rendre en cabinet ou les directives fédérales (qui demandent aux médecins de ne prendre en charge au cabinet que les urgences). Le Dr Chaudet me fait part de ces craintes pour les patient-es à risque, la première étant qu'ils et elles attrapent le Covid-19. Il rajoute :

« La deuxième peur a été de ne pas pouvoir assurer un suivi optimal des pathologies somatiques classiques. Avec des rendez-vous décalés, des reports de prise en charge diagnostic ou thérapeutique qui allaient entraîner peut-

être des prises en charge sous-optimales. » (Dr Chaudet, Genève)

Après avoir mis en place, de manière proactive, tous les dispositifs nécessaires permettant d'informer et de rassurer les patient-es, les médecins, plus encore qu'avant la pandémie, ont dû s'accommoder de cette peur du cabinet persistante chez une minorité, et du fait qu'on ne peut pas soigner des personnes qui ne veulent pas l'être. D'ailleurs, lorsque je demande au Dre Dubey quelles sont ses inquiétudes concernant les patient-es à risque, elle évoque les limites de son rôle de conseillère et son impuissance en termes de prise en charge thérapeutique.

Fantine Gicquel : « Est-ce que vous avez eu des inquiétudes particulières pour les patients à risque, ou de manière générale pour tous vos patients ? »

Dre Dubey : « Bien sûr, c'est une question un peu difficile à répondre. On a perdu plusieurs patients du Covid-19, et c'est clair que ça nous a tous touchés. Je pense qu'on a tous pensé à nos patients fragiles. On a croisé les doigts parce qu'à part leur répéter d'être prudents et de respecter les mesures barrières, on ne peut rien faire de plus. »

La Dre Paccot fait le même constat, et présente à son tour la dichotomie entre son rôle de conseillère, porte-parole des directives sanitaires, et celui de soignante, entravé par l'injonction au confinement :

Margaux Dubois : « Selon vous, quelles ont été les difficultés pour garder le contact avec les patient-es ? »

Dre Paccot : « C'était la peur finalement ! Comme l'habitude, c'était de venir sur place surtout que le message était : « Faites attention à tout déplacement non-nécessaire. » Ça venait de là. »

En effet, comme mentionné dans la première partie de présentation des résultats, le suivi médical non-urgent des pathologies à risque en cabinet était déconseillé par les autorités

sanitaires. Après s'être assuré-es que les patient-es n'avaient pas de complications, les médecins ont réalisé les rendez-vous par téléphone. Très peu de consultations par vidéoconférence ont eu lieu, car elles n'ont pas été perçues comme envisageables pour une population vieillissante. Cette nouvelle forme de suivi pour les personnes à risque a contraint les médecins à déléguer une partie du soin aux patient-es, comme le toucher ou la vue - éléments essentiels dans la consultation clinique. Le Dr Wicht revient sur ces éléments alors qu'il se réjouit de pouvoir retrouver ses patient-es au cabinet : « Donc ça c'est au début, ça va pour les premières semaines, mais ensuite on était content à partir du mois de mai 2020 que les gens puissent revenir vraiment au cabinet, qu'on puisse les toucher, les examiner, les manipuler, notamment les différentes articulations. »

Pour finir, les médecins ont dû se fier au sentiment de bonne santé des patient-es pour reporter les rendez-vous, comme le fait remarquer la Dre Paccot :

Margaux Dubois : « Pendant le semi-confinement, il y a vraiment eu une diminution, peut-être liée aux inquiétudes et au fait que les gens ne voulaient pas encombrer plus que nécessaire les médecins ? »

Dre Paccot : « Oui. Alors clairement. Ça, je pense c'est vraiment pour eux, ils ont dit : « Moi ce que j'ai ce n'est pas grave, donc je ne veux pas y aller. » Ils entendaient tellement à la télé qu'on était très sollicités que mes patients ont vraiment fait l'effort, oui oui ! Après quand il y a eu le déconfinement, ils ont dit : « Non mais quand même, là ! ». »

Dans ce contexte de soin particulier, les médecins ont dû déléguer une partie de la prise en charge physique des maladies à leur patientèle. Ne pouvant ni les toucher ni les examiner en cabinet, ils et elles ont confié l'examen clinique aux patient-es elles/eux-mêmes et ont dû se fier à leur sentiment de bonne ou de mauvaise santé. Tout en ayant pu considérer la prépondérance

du rôle de conseiller/ère comme essentiel dans cette crise sanitaire, il est possible d'en percevoir déjà les limites. Le changement de format des consultations oblige les médecins à opérer un certain lâcher-prise. En effet, ils et elles n'ont plus le contrôle de l'examen clinique durant la consultation téléphonique. Ainsi, la relation personnelle dont découle le rôle de conseiller/ère est préservée lorsque la relation médicale est amputée.

QUAND LA RELATION PRIVILÉGIÉE EST PERTURBÉE : L'IMPLICATION DES AUTORITÉS SANITAIRES

Un troisième acteur est à prendre en compte dans les restructurations de la relation entre patient-es et médecin : les autorités sanitaires. Dans les prochains paragraphes, il s'agit de revenir sur l'implication des directives officielles dans les relations de soin. La première partie est dédiée à la présentation des éléments qui font de cette relation un atout dans la réponse vaccinale offerte par la Suisse depuis décembre 2020. Dans la seconde partie, nous aborderons le fait que les médecins souhaitent réaffirmer la nécessité d'entretenir une relation médicale pour un suivi thérapeutique complet.

La vaccination contre le Covid-19 : cristallisation de la relation comme enjeu de la continuité des soins ?

Le/la médecin s'est fait-e le relais non officiel de l'agenda de santé publique, ce qui a fini par l'enfermer dans un rôle de conseiller/ère de santé publique. Redoublant d'efforts pour garder le contact et la relation personnelle, les patient-es ont trouvé en elles/eux des personnes « proches » et dignes de « confiance ». Il ressort des entretiens que la relation privilégiée qui lie les médecins de famille et les patient-es à risque est

considérée par les patient-es comme un atout dans la réponse sanitaire au Covid-19. Là où les médecins se considèrent comme diminué-es dans la prise en charge médicale, les patient-es sont satisfait-es.

Les premiers/ères déplorent le fait que le statut de conseiller/ère, qui tend à prendre une place prépondérante, les oblige à renoncer à la relation médicale. A contrario, pour les second-es, l'information fait office de soin. Pour les patient-es, la proximité affective et géographique avec le/la médecin est perçue comme un gage d'une plus grande efficacité lors de la mise en place des mesures sanitaires et de soins pour la lutte contre la propagation du virus. L'idée que la relation est un atout, malgré les limites du statut de conseiller/ère, se cristallise dans les données autour de la question de la vaccination. J'ai identifié trois aspects de la relation de soins considérés comme des atouts dans la réponse vaccinale au Covid-19. La première est la proximité géographique, la seconde est son rôle de conseiller/ère et la dernière son statut de spécialiste du dossier médical de ses patient-es à risque.

Premièrement, dans le cadre de la vaccination, le/la médecin de famille a l'avantage de la proximité géographique. Cet avantage est un atout dans l'efficacité de la diffusion du vaccin, quand on sait que les patient-es, même à très grand risque, ont tendance à reporter leur vaccination en attendant qu'un centre ouvre plus proche de chez elles/eux. Ainsi, M. Pellet parlant du vaccin m'indique que :

« Oui, c'était très positif. On attendait ça. Le docteur m'a dit : « À votre âge, dès qu'on peut avoir le vaccin, on vous téléphone. » Début janvier [2020], j'avais fait une demande sur la hotline et ils m'ont dit : « Non, c'est ouvert à partir du 25 janvier [2020] » où l'on habite. Il y avait d'autres centres à l'hôpital. On pouvait peut-être aller à l'hôpital un peu plus tôt, mais à notre âge, on n'est pas allés jusque là-bas. J'ai dit, « non, on attend ». »

Ensuite, dans l'extension de ce rôle de conseiller/ère, c'est vers le/la médecin généraliste que les patient-es se tournent pour avoir des informations sur la vaccination. Cet axe de communication directe qu'ils et elles ont conservé durant la pandémie font d'elles et d'eux des acteurs et actrices privilégié-es dans la prévention et la vaccination. Pour les patient-es, les médecins de famille sont intégré-es dans leur processus de vaccination même si ce ne sont pas elles et eux qui administrent les doses, comme en témoigne cette citation de M. Fadel :

« Avec le médecin que l'on a aujourd'hui, je trouve que, franchement, on a trouvé un vaccin dans l'espace de très peu de temps. C'est bien ! »

M. Rapin, quant à lui, déplore la communication mise en place par les autorités sanitaires dans la gestion de la vaccination et trouve dans sa médecin une alliée disponible :

« J'essaie de me faire vacciner contre le Covid-19. Le problème, c'est que (...) je suis une personne à risque. Ma docteure essaie à tout prix de me faire vacciner (...) mais, voilà, on n'arrive pas à se faire vacciner. Pour atteindre la ligne, elle est toujours sur répondeur pour me faire vacciner. Alors, moi je ne sais pas, je ne suis pas professionnel de la santé mais voilà. Je dois insister donc auprès de cette clinique parce que mon médecin, elle ne fait pas les vaccins. Elle n'en a pas, de toute façon. »

Pour finir, la relation qui lie les patient-es à leur médecin généraliste est un atout dans la vaccination et plus largement dans la réponse sanitaire au Covid-19, car elle permet aux médecins de famille d'avoir une vue d'ensemble sur le dossier médical des patient-es. Cet aspect de leur travail en fait en quelque sorte des spécialistes : ce sont elles et eux qui « connaissent » les patient-es. Comme le mentionne Mme Monnet en parlant de la vaccination :

« Il y a peut-être juste une petite chose. La vaccination, c'est très bien d'avoir commencé comme il l'ont commencé, mais c'est vrai que passer la main aux

médecins traitants serait une excellente chose parce que c'est eux qui savent quels sont les cas un peu spéciaux chez eux. Même s'ils n'ont pas 75 ans ou 65 ans. Je ne sais pas. Qu'ils aient au moins toute la problématique de la personne en tête (...) de la maladie de la personne. »

Cette citation renforce également l'idée que le rôle de conseiller/ère endossé – surtout au début de la pandémie – par le médecin, lui permet ensuite de conserver ce statut de soignant-e privilégié-e pour les patient-es à risque. Avec la vaccination, ils et elles retrouvent ce statut de soignant-e, c'est-à-dire celle ou celui qui doit prodiguer les soins, toucher et administrer les doses de vaccins. Les trois aspects présentés font donc de la relation patient-e/médecin une ressource incontournable dans la prévention et la lutte contre la propagation du virus. Encore une fois, les différentes composantes de cette relation sont un enjeu de la continuité des soins primaires et préventifs.

Toutefois, les médecins déplorent le fait que cet atout soit sous-estimé par les autorités sanitaires, comme nous allons le constater à présent.

**De conseiller/ère à soignant-e :
quand les autorités sanitaires ne considèrent pas
l'expertise du/de la médecin de famille**

La vaccination est l'occasion pour les médecins de faire valoir auprès des autorités sanitaires le rôle de soignant-e dans son entièreté, c'est-à-dire comprenant la relation médicale ainsi que la relation personnelle. Ils et elles mettent en avant leur rôle de soignant-e, bien que les directives leur imposent ce statut de conseiller/ère en matière de vaccination en Suisse romande. En effet, il incombe aux médecins de famille de remplir les documents nécessaires pour valider l'inscription à la vaccination des patient-es à risque, et non de leur administrer les doses. M. Fadel mentionne qu'il ne peut pas se faire vacciner tant que

son/sa médecin n'a pas fourni les documents attestant qu'il fait partie de cette catégorie :

« Hier, j'ai discuté aussi avec un médecin qui me suit pour des questions rénales et il m'a dit qu'il y a un formulaire que les médecins doivent fournir pour que je puisse me faire vacciner. Donc, j'ai donné tous les renseignements par téléphone. »

Ainsi, la connaissance que les médecins de famille ont des pathologies ou des maladies chroniques, et par extension leur relation avec les patient-es, est prise en compte. Pourtant, les autorités les cantonnent à du travail administratif et de communication. Cependant, c'est un travail dont les médecins interrogé-es ne sont plus satisfait-es au moment des entretiens (entre janvier 2021 et février 2021). La majorité des médecins de famille qui constitue le corpus ne se contente plus du rôle de conseiller/ère et souhaite retrouver la relation médicale qu'ils et elles entretenaient avec la patientèle avant la pandémie. Le Dr Müller dit, lorsque le chercheur l'interroge sur la manière d'être mieux préparé aux prochaines pandémies :

« J'ai trouvé très dommage et je pense que si j'ai un message à transmettre, par exemple à l'OFSP, c'est de dire : Laissez les médecins soigner. Laissez-les. Ne les bloquez pas. Parce que c'est leur domaine, ils font tout pour que la population soit en bonne santé, c'est ça l'objectif. »

Cet extrait d'entretien dévoile la dichotomie entre le rôle de conseiller/ère de santé publique et celui de soignant-e. Il permet également de souligner que les médecins souhaitent retrouver l'équilibre entre relation médicale et relation personnelle. En effet, même si pour les patient-es l'information semble faire office de consultation standard – comme peuvent en témoigner les propos de M. Pellet qui vont suivre – pour les médecins, les informations, la prévention et le conseil ne sauraient se substituer à la prise en charge clinique.

« Oui voilà, alors pouvoir aller chez le médecin et puis discuter un petit peu avec lui et qu'il me dise, « Non, non, tout va bien continuez comme ça ! », ça me rassure. Mais même si je reste un quart d'heure. Il n'y a pas besoins de rester 20 minutes, même 5 minutes. »

Les médecins qui ont mis en place des stratégies proactives de remédiation pour préserver la relation et en faire un atout dans la réponse sanitaire au Covid-19 se sentent exclu-es du système de santé. Ils et elles revendiquent, non pas de faire partie du système de santé, mais d'être la première entrée de ce système. Dr Grosjean :

« On peut le voir avec les vaccins et on l'avait vu avec les tests. Quand les gens pensent au système de santé, ils pensent au cabinet de médecine générale. Leur dire d'aller à l'hôpital ou dans des grands centres, c'est non. C'est comme si on leur demandait d'aller à Berne ou je ne sais pas. »

Le/la médecin de premier recours est pris-e entre le marteau et l'enclume : entre les patient-es qui demandent à conserver la relation médicale privilégiée avec leur médecin (et donc de ne pas avoir à se déplacer dans les hôpitaux ou les centres de vaccination), et les autorités sanitaires qui ont besoin que les médecins tiennent un rôle de conseiller/ère. Le/la médecin de famille apparaît alors comme un lien indispensable entre patient-es et autorités sanitaires.

CONCLUSION

À travers cette étude, j'ai montré comment que la crise avait bouleversé le monde de la santé et en particulier la relation patient-e/médecin. À la lumière de la théorie de la négociation de Botelho (1992) et au vu des résultats empiriques, j'ai montré que la pandémie de Covid-19 a renversé les relations de soin. La relation personnelle, centrée sur la communication, la

compréhension, l'éducation et la prévention ne se met plus au service de la relation médicale ou clinique.

A contrario, cette relation est devenue un but en soi pour les médecins, en raison des contraintes liées au contexte sanitaire. Dans un cadre d'un fonctionnement en mode dégradé (Bourrier, 2020), ils et elles mettent en place des stratégies de remédiations afin de sauver l'essentiel, à savoir transmettre les informations. Les médecins se sont alors senti-es privé-es par les autorités sanitaires d'une partie de cette relation, jusqu'alors caractérisée par la consultation et l'examen des patient-es en face à face, ainsi que par le fait de pouvoir toucher physiquement ces derniers/ères. Les autorités sanitaires (par exemple, l'OFSP et les médecins cantonaux) se sont impliquées dans le travail de ces professionnel-les de la santé qui, historiquement, travaillent de manière relativement indépendante. Elles en ont fait implicitement leurs relais de la santé publique.

De leur côté, les patient-es à risque ne semblent pas remarquer le changement de relation qui s'opère. Satisfait-es de pouvoir être rassuré-es par le contact des médecins, l'information transmise fait office de soin. C'est avec la vaccination que les patient-es commencent à déplorer le manque de relation médicale. Se cristallise autour de la réponse vaccinale à la propagation du virus l'idée qu'il est temps que les médecins puissent à nouveau avoir accès au corps des patient-es. La résistance face aux centres spécialisés de vaccination a déjà été observée pendant l'épidémie de A (H1N1) (Verger et al., 2011). En effet, les médecins et les patient-es étaient défavorables au fait de ne pas pouvoir vacciner ou être vacciné-es en cabinet. Il semble que les leçons de cet épisode n'aient pas été retenues. Ainsi, les relations de soins ont été reconfigurées dans le contexte pandémique. D'une part, la prépondérance de la relation personnelle a eu des avantages. Elle a permis d'assurer une continuité des soins pour les patient-es à risque notamment. D'autre part, les acteurs et actrices du soin (médecins et patient-es) mentionnent les limites de cette

reconfiguration. Elle enferme les médecins dans un rôle de conseiller/ère et les ampute de la partie clinique du soin.

Afin d'approfondir la réflexion, les questionnements suivants paraissent pertinents : dans quelle mesure les bouleversements observés sont susceptibles de laisser des traces dans la relation patient-e/médecin ? Comment ces changements vont-ils évoluer dans le temps ?

BIBLIOGRAPHIE

- Bourier, Mathilde (2020). « Le mode dégradé à marche forcée », dans Gamba, Fiorenza, Marco Nardone, Toni Ricciardi et Sandro Cattacin (éds.). *Covid-19 Le regard des sciences sociales*. Zürich: Seismo, p. 83-98.
- Botelho, Richard (1992). « A negotiation model for the doctor-patient relationship. » *Family Practice* 2(9): 210-218.
- Breton, David (1996). « Le médecin, l'organe malade et l'homme souffrant », dans Galam, Eric, *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. Paris: Editions Autrement, p. 30-40
- Caduff, Carlo (2014). « On the Verge of Death: Visions of Biological Vulnerability. » *Annual Review of Anthropology* 43: 105-121.
- Freidson, Eliot (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.
- Génolini, Jean-Paul, Roxane Roca, Christine Rolland, Monique Membrado (2011). « 'L'éducation' du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? » *Sciences sociales et santé* 29 : 81-122.
- Girard, Gilles et Paul Grand'Maison (1993). « L'approche négociée. Modèle de relation patient/médecin. » *Le médecin du Québec*, 12(31) : 39.
- Lupton, Deborah (2020). « Contextualising Covid-19 : Sociocultural perspectives on contagion », dans Lupton, Deborah et Karen Willis (éds.). *The COVID-19 Crisis: Social perspectives*. London: Routledge, Forthcoming.
- Lutfe, Karen (2005). « On practices of 'good doctoring': reconsidering the relationship between provider roles and patient adherence. » *Sociology of Health and Illness* 27: 421-447.
- Parson, Talcott (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Ricciardi, Toni (2020). « Les pandémies dans une perspective d'Histoire globale », dans Gamba, Fiorenza, Marco Nardone, Toni Ricciardi et Sandro Cattacin (éds.). *Covid-19 Le regard des sciences sociales*. Zürich: Seismo, pp.29-43.
- Rocher, François et Bob W. White (2021). « 'Distanciation sociale': vraiment ? L'interculturel en temps de pandémie. » *Laboratoire de Recherches en Relations Interculturelles* : 16-25.
- Street, Richard (2003). « Communication in Medical Encounters: An Ecological Perspective », dans Thompson, Teresa L., Alicia Marshall

Dorsey, Katherine I. Miller et Roxanne Parrott (éds.). *Handbook of health communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, p. 63–89.

Thoër, Christine (2013). « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? » *Revue de communication sociale et publique* 10 : 1-24.

Tsopra, Rosy, Paul Frappe, Sven Streit et al. (2021). « Reorganisation of GP surgeries during the COVID-19 outbreak: Analysis of guidelines from 15 countries. » *BMC Family practices* 22(1) : 1-16.

Verger, Pierre, Rémi Flicoteaux, Laure Pauvif et al. (2011). « Attitude et pratiques des médecins généralistes de ville relative à la vaccination en générale et à celle contre la grippe A/H1N1 en 2009. » *Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercices* 770 : 1-8.

CHAPITRE 6. À LA RECHERCHE DE LA CATÉGORIE « À RISQUE » À L'ÈRE DU COVID-19

Margaux Dubois

RÉSUMÉ

Depuis le début de l'année 2020, la Suisse est bousculée par la pandémie de Covid-19. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'autorité sanitaire fédérale en Suisse, a donc progressivement établi une liste des personnes à risque, c'est-à-dire des personnes plus vulnérables face au virus. La présente recherche permet de questionner cette catégorisation. Pour ce faire, je me suis basée sur des entretiens qualitatifs semi-directifs, effectués en ligne et/ou par téléphone. Au total, mon corpus est composé d'entretiens avec 12 médecins généralistes et 19 patient-es à risque. J'ai également pu comparer les dires des patient-es concernant leur état de santé, à la description qu'en faisaient les médecins. Par ces deux outils méthodologiques, j'ai pu soulever trois résultats pertinents. Premièrement, j'ai analysé comment les catégories prédéfinies par les autorités sanitaires suisses ont été retravaillées par les médecins. Deuxièmement, j'ai interrogé les patient-es à risque sur leur état de santé et leur sentiment de vulnérabilité face au virus. Troisièmement, j'ai soulevé les différences de vécu entre les personnes qui s'identifient comme étant à risque et celles qui sont catégorisées comme telles par autrui.

INTRODUCTION

Depuis 2020, nous apprenons à vivre en période de pandémie. Cependant, pour environ 2,6 millions de Suisses, soit à peu près 30 % de la population résidente permanente en Suisse durant cette année-là, cette pandémie implique des questionnements particuliers relatifs à leur état de santé. En effet, 2,6 millions est le chiffre approximatif de personnes considérées « à risque » face au Covid-19, c'est-à-dire les personnes âgées de plus de 65 ans et/ou les personnes porteuses de certaines maladies : hypertension artérielle, diabète, maladies cardio-vasculaires, maladies chroniques des voies respiratoires et cancer (Obsan, 2020). Avant la pandémie, certaines d'entre elles pouvaient déjà s'interroger sur les implications quotidiennes de leur état de santé.

Cependant, avec la pandémie de Covid-19, une nouvelle dimension est ajoutée : l'appartenance, ou non, à la catégorie des personnes à risque. Cette expression est utilisée fréquemment, notamment par les médias, les autorités sanitaires, les autorités politiques et dans l'opinion publique, mais à ce stade de la pandémie, il n'y a pas encore eu d'études sociologiques approfondies sur le sujet. Il existe de la littérature au sujet de la catégorisation et de la santé, mais il est important de questionner ces thématiques en période de pandémie, car, du jour au lendemain, des personnes ayant des états de santé parfois très différents se sont vu attribuer une étiquette, les qualifiant de vulnérables face au virus. Il se pourrait donc que toutes ne se sentent pas à risque et ainsi ne comprennent pas pourquoi elles sont catégorisées comme telles. Je me pose donc les questions de recherche suivantes : comment la catégorie des personnes à risque face au Covid-19 est-elle appropriée par les médecins généralistes et quelles sont les implications quotidiennes pour les patient-es à risque ?

Dans un premier temps, je présenterai une brève revue de la littérature afin d'aborder le concept de santé, de montrer ce que recouvre l'étiquette à risque, de définir la vulnérabilité avant le

Covid-19 et de présenter les évolutions de la catégorie à risque de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Pour donner suite à la présentation de la récolte des données, des entretiens qualitatifs avec des médecins généralistes et leurs patient-es à risque, je proposerai une analyse qui me permettra de comprendre les conséquences de l'arrivée de l'étiquette à risque dans les pratiques des médecins généralistes et dans le quotidien des personnes concernées.

SANTÉ, RISQUE ET VULNÉRABILITÉ PRÉ-COVID-19

Dans les paragraphes suivants, je définis le concept de santé, ainsi que les processus de catégorisation et d'identification qu'elle induit. J'explore également ce que signifie l'étiquette à risque avant la pandémie de Covid-19. Ensuite, je propose une définition de la vulnérabilité face au Covid-19 et retrace l'évolution de la catégorie à risque de l'OFSP.

LES DYNAMIQUES DISCURSIVES AUTOUR DE LA SANTÉ

Pour comprendre les processus de catégorisation et d'identification et leur relation à la santé, il me faut commencer par définir ces concepts. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé correspond à « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité²⁹ ». L'aspect multidimensionnel de la santé se retrouve également dans la littérature, qui présente la santé comme le reflet de caractéristiques valorisées dans la société : « la jeunesse, la force, l'indépendance et l'optimisme » (Clarke et James, 2003, p. 1389, traduction DeepL). De plus, elle

²⁹Comment l'OMS définit-elle la santé ? (consulté le 8/06/2021) :

<https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.

peut être abordée comme un état, ou comme un processus. Dans le premier cas, une personne en bonne santé « se sent bien et peut fonctionner normalement » (Levesque, 2015, p. 41). Dans le second, une personne est en bonne santé « aussi longtemps qu'elle s'oriente vers un meilleur état de santé » (Ibid).

Ensuite, les « profanes » ne se basent pas nécessairement sur les mêmes critères de santé que les « experts » (Simon et al., 2005 dans Cavalli, 2008, p. 50). De ce fait, la perception de l'état de santé que les individus ont d'eux ou d'elles-mêmes n'est pas nécessairement la même que celles des médecins. Ils et elles adoptent une certaine subjectivité en adhérant à des « conceptions de la santé et des maladies qui diffèrent sensiblement de celles prescrites par le modèle biomédical » (Bohémier, 2013 dans Levesque, 2015, p. 38).

Ces divergences de perception de la santé induisent parfois de la médicalisation. Cela correspond au fait qu'un médecin « définit un problème comme médical (c'est-à-dire qu'il pose un diagnostic médical) ou traite un problème « social » par une forme de traitement médical » (Conrad, 1992, p. 211, traduction DeepL). C'est donc ce « modèle biomédical » (Levesque, 2015, p. 37) de la santé qui prédomine malgré les différentes manières existantes d'aborder la santé.

Cela n'est pas sans conséquence. En effet, les personnes peuvent s'identifier, c'est-à-dire, choisir d'appartenir et de s'affilier (Bessone et al., 2015) à ce que le médecin pose comme diagnostic sur leur état de santé. Cela correspond à « l'identification » au discours biomédical. À l'inverse, la « catégorisation » correspond au fait que les injonctions (Bessone et al., 2015) du médecin sur l'état de santé ne sont pas partagées par les patient-es. Par exemple, certaines personnes âgées en bonne santé et autonomes sont très « mécontentes d'être catégorisées comme vieux » (Amyot, 2019 dans Thomas, 2019, p. 85). En plus de se voir imposer un état de santé ou une étiquette, les personnes se faisant catégoriser peuvent souvent être

stigmatisées. En effet, « derrière toute catégorisation pointe un danger, la porte ouverte à la stigmatisation, forme déguisée d'un pouvoir sur autrui et source de blessures morales pour celui ou celle qui est catégorisé-e, qui voit son identité reflétée par la société réduite à quelques caractères ou qualités qu'on veut bien lui attribuer » (Thomas, 2019, p. 91).

L'ÉTIQUETTE « À RISQUE » AVANT LE COVID-19

Le risque revêt de nombreuses significations (Beck, 2001, dans Carricaburu, 2007). Encore une fois, « les profanes (...) [peuvent avoir] des perspectives sur le risque, différentes de celles des experts » (Lupton, 2013, p. 145, traduction personnelle). Cette étiquette peut donc couvrir diverses dimensions dans le domaine de la santé puisque l'on peut parler de « populations à risque » (Peretti-Watel, 2004 dans Carricaburu, 2007, p. 125), de « facteurs de risques » (Ibid) ou encore de « conduites à risque » (Ibid). Je montre ici les différentes dimensions couvertes par l'étiquette à risque à travers les exemples de la grossesse, du VIH et des personnes à risque dans des sociétés mondialisées.

Dans le cas de la grossesse, on parle de comportements à risque pour le nouveau-né lorsqu'il y a consommation par la mère de certaines substances non recommandées par les professionnels de santé (Dumas & al., 2014). De plus, les grossesses sont hiérarchisées par catégorie de risque (I, II, ou III) et les mères sont ainsi orientées vers des maternités pouvant gérer le niveau de risque associé à la grossesse (Carricaburu, 2007).

Pour le VIH, on parlait initialement de comportements à risque (Delaunay, 1999), pour décrire des pratiques via lesquelles le virus pouvait se propager. On parlait ensuite de personnes à risque, c'est-à-dire les personnes les plus à même de contracter et de véhiculer la maladie (Ibid).

De nos jours, avec la baisse des maladies aiguës et infectieuses et la « montée des troubles de santé chroniques » (Levesque, 2015, p. 37), de plus en plus de personnes sont dites à risque. En effet, dans un contexte de « médecine de surveillance » (Armstrong, 1995 dans Bourrier & Burton-Jeangros, 2014, p. 1), caractérisée par la volonté d'anticiper les problèmes, on assiste à la création de « nouvelles catégories intermédiaires dans l'espace situé entre la maladie et la santé, et par conséquent de nouvelles catégories d'individus jugés à risque » (Ibid, p. 2).

Dans tous les cas, « la désignation de l'étiquette à risque sert souvent à renforcer le statut de marginalisation ou d'impuissance des individus » (Lupton, 2013, p. 155, traduction DeepL) et donc à refléter une certaine vulnérabilité. Dans la section qui suit, je traite de la question de la vulnérabilité et de ce que nous entendons par ce terme dans un contexte pandémique.

LA VULNÉRABILITÉ DURANT LA PANDÉMIE

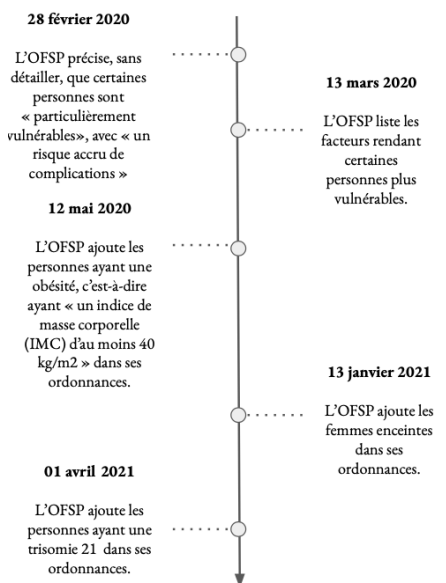
L'OFSP précise que les personnes vulnérables face au Covid-19 sont celles pour lesquelles « l'infection au coronavirus peut être dangereuse (...) car elles peuvent développer une forme sévère de la maladie³⁰ ». Pour apporter plus de détails, nous pouvons dire que les personnes vulnérables sont celles qui sont « désarmé[es] face au risque d'infection » (Onusida, 1995 dans Delaunay, 1999, p. 39), à cause de « l'existence, antérieurement identifiée, de certains « cofacteurs » biologiques augmentant le risque d'infection » (Ibid).

Ces cofacteurs biologiques sont détaillés le 13 mars 2020 par l'OFSP qui présente les personnes vulnérables comme étant des

³⁰ OFSP, Coronavirus : personnes vulnérables, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung/besonders-gefährdete-menschen.html> (mis à jour le 07/06/2021 ; consulté le 08/06/2021).

« personnes de 65 ans et plus et les personnes qui souffrent notamment des pathologies suivantes : hypertension artérielle, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, faiblesse immunitaire due à une maladie ou à une thérapie, cancer »³¹. Au fil des mois, l'OFSP affinera les critères et parfois même ajoutera de nouvelles catégories de personnes (figure 1).

Figure 1 : Les personnes à risque durant la pandémie

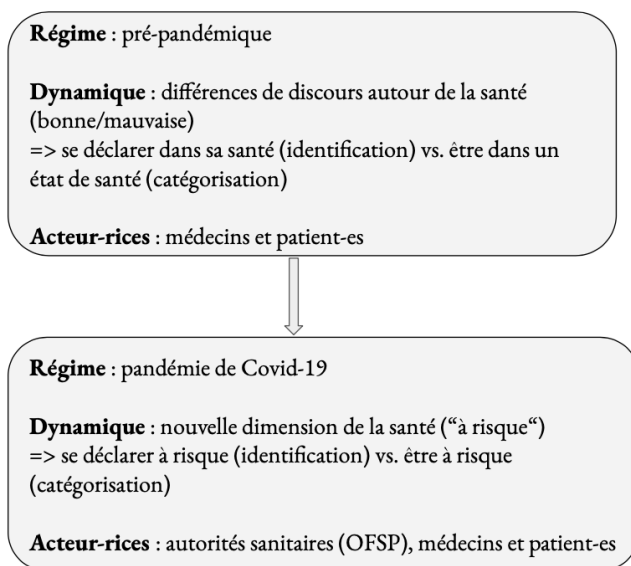


Sources : OFSP, Ordonnance sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (Covid-19), <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2020/197/fr> (publié le 28/2/2020) ; OFSP, Ordonnance 2 sur les mesures dessinées à lutter contre le coronavirus (Covid-19), <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2020/323/fr> (modifié le 12/5/2020)

³¹ OFSP, Ordonnance 2 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (Covid-19) : <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2020/141/fr> (publié le 13/03/2020).

Il existe des différences de discours autour de la santé. Les critères médicaux des médecins sont parfois différents de ceux que les personnes utilisent hors du milieu médical. Ces dernières sont plus subjectives dans la manière de définir leur santé. Alors, sachant que de tels enjeux de définition autour de la santé existent en régime « normal », c'est-à-dire pré-Covid-19, comment ces derniers sont-ils chamboulés par la pandémie ? En effet, avec l'arrivée du Covid-19, un autre acteur est entré en jeu dans ces processus de définition, en proposant une catégorie des personnes à risque. Ce sont les autorités sanitaires et notamment l'OFSP. Il est donc central de questionner ce processus et de se demander comment les personnes jugées à risque s'identifient, ou non, comme telles.

Figure 2 : Problématique schématisée



MÉTHODOLOGIE

ENQUÊTER À DISTANCE AVEC DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LEURS PATIENT-ES À RISQUE

J'ai collecté des données en participant à une étude plus large sur la continuité des soins, dirigée par Michael Deml et Katharina Jungo et menée par une équipe de recherche pluridisciplinaire (chapitre 4). J'ai pu ajouter des questions sur la catégorie des personnes à risque dans la grille d'entretien afin de mener ma recherche en parallèle. Dans cette partie méthodologique, je présente les données récoltées en Suisse romande – celles utilisées pour mon analyse. À noter que d'autres données récoltées en Suisse alémanique viennent compléter le corpus de l'étude plus large.

Les participant-es ont été informé-es sur le but de l'étude via un document expliquant l'objectif de la recherche et un formulaire de consentement, que nous leur avons transmis par l'intermédiaire des médecins, par courriel ou courrier postal. En plus d'un consentement écrit, nous avons obtenu leur accord oral de participation à la recherche. Pour des raisons de confidentialité, toutes les données ont été déposées sur le Switch Drive sécurisé dont l'accès n'était autorisé qu'à un nombre restreint de personnes. Les documents ont été renommés à l'aide de certains codes et les noms figurant dans les résultats de la recherche (tableaux et verbatims) sont des pseudonymes. Pour faciliter et contextualiser la lecture, je mets certaines informations entre parenthèses quand je cite un-e participant-e. Je fournis de plus amples informations sur les participant-es dans les tableaux ci-dessous.

Les médecins généralistes ont été recruté-es par Michael Deml, Katharina Jungo et Shana Bertato par courriel, puis le recrutement s'est poursuivi par effet boule de neige. Fantine Gicquel et moi-même prenions ensuite contact avec ces médecins pour mener

des entretiens qualitatifs semi-directifs - Fantine Gicquel avec les médecins du Canton de Vaud et moi-même avec les médecins du Canton de Genève. Jimmy Clerc, Kamyar Kompani, Claudine Kroepfli et Annabella Zamora ont également mené des entretiens avec des médecins généralistes romands. Shana Bertato a mené les entretiens suisses alémaniques. Un médecin recruté a refusé de participer à l'étude, par manque de temps causé par la pandémie. Pour participer, les médecins devaient avoir fourni des soins primaires et avoir travaillé durant la pandémie.

Tableau 1 : Corpus des médecins

Pseudonyme	Canton
Dre Dubey	Fribourg
Dr Meyer	Vaud
Dr Crivelli	Vaud
Dr Grosjean	Vaud
Dr Wicht	Vaud
Dre Monnet	Vaud
Dr Chaudet	Genève
Dre Manzoni	Genève
Dre Duvanel	Genève
Dr Müller	Genève
Dre Paccot	Genève
Dr Dupuis	Genève
N=12 ; Refus : N=1	

Nous avons ensuite communiqué avec les médecins interviewé-es pour que ces derniers/ières recrutent des patient-es à risque et nous transmettent leurs coordonnées. Suite à cela, nous menions des entretiens qualitatifs semi-directifs avec les patient-es, en ligne et/ou par téléphone. Trois patient-es à risque ont refusé de participer à la recherche, par manque de temps et/ou par méfiance vis-à-vis de l'étude. La participation était ouverte aux personnes à risque (âgées de 65 ans ou plus, avec cancer, avec maladies cardiovasculaires, avec maladies chroniques respiratoires, avec conditions qui affaiblissent le système immunitaire, avec diabète ou avec hypertension artérielle³²) ayant eu recours aux soins primaires pendant l'épidémie Covid-19. Nous avons choisi de recruter des patient-es n'ayant pas eu le Covid-19, car nous cherchions surtout à établir l'expérience des personnes ayant besoin d'une certaine continuité de soins non liée au Covid-19. Autrement dit, des soins dont ces patient-es auraient eu besoin s'il n'y avait pas eu la pandémie.

Tous les entretiens réalisés en français ont été retranscrits par certain-es étudiant-es de l'atelier ainsi que par Fantine Gicquel, Shana Bertato et moi-même. L'intégralité du corpus de données est donc en français. Fantine Gicquel, Michael Deml, Katharina Jungo et moi-même avons ensuite travaillé sur l'élaboration de codes et avons ensuite codé les entretiens à l'aide du logiciel de codage Atlas.ti 8, afin de proposer une analyse thématique. Nous avons commencé à co-analyser les données lors d'un atelier d'écriture avec l'équipe de recherche en avril 2021. J'ai par la suite proposé une analyse plus détaillée spécifique à mon sujet.

J'ai également comparé les données recueillies lors des entretiens avec les patient-es, aux informations transmises par les médecins. En effet, nous avons demandé aux médecins de préciser pourquoi ils et elles considéraient certain-es de leurs

●
³² Les femmes enceintes et les personnes ayant une trisomie 21 n'étaient pas considérées à risque au commencement de l'étude.

patient-es comme à risque. J'ai donc rassemblé ces informations en un même document (figure 4).

Tableau 2 : Corpus des patient-es à risque

Pseudonymes	Âge	Canton	Critère « à risque » selon le/la médecin
Mme Monet	61 ans	Vaud	Obésité
M. Pellet	81 ans	Vaud	Âge
Mme Cossy	68 ans	Vaud	Âge
M. Carron	82 ans	Vaud	Âge, hypertension artérielle et surcharge pondérale
Mme Badel	70 ans	Vaud	Hypertension pulmonaire et hypertension artérielle
M. Rappin	61 ans	Vaud	Asthme et diabète
Mme Thorens	51 ans	Vaud	Rhumatisme
Mme Joly	28 ans	Vaud	Thyroïdite et Hashimoto
Mme Barillon	22 ans	Genève	Obésité, asthme, et Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
M. Fadel	70 ans	Genève	Âge et cardiopathie avec FEVG réduite à 35-40 % et bronchopneumopathie chronique obstructive
Mme Vari	39 ans	Genève	Mucoviscidose et hypertension artérielle
Mme Ferreti	78 ans	Genève	Âge, obésité, hypertension artérielle et lymphome
Mme Courvoisier	84 ans	Genève	Âge et obésité
Mme Crivelli	77 ans	Genève	Âge et obésité
M. Blanc	92 ans	Genève	Âge
Mme Monnard	88 ans	Genève	Âge et arythmie cardiaque
Mme Alario	74 ans	Genève	Bronchopneumopathie chronique obstructive et hypertension artérielle
Mme Gubéran	84 ans	Genève	Lymphome
Mme Grand	87 ans	Genève	Âge
N=19 ; Refus (N=13)			

Nous avons rencontré certaines difficultés méthodologiques. Les entretiens se déroulant à distance, nous n'avons pas eu accès (entretien téléphonique), ou du moins partiellement (entretien en

visio), au langage non verbal des participant-es. L'analyse des résultats a parfois elle aussi été complexe, puisque les données ont été récoltées en priorité pour l'étude sur la continuité des soins et donc pas entièrement dédiées à mes questions de recherche. Ensuite, l'échantillon de l'étude était limité. En effet, il était majoritairement constitué de personnes âgées, alors qu'il existe des personnes à risque plus jeunes. De plus, seules les personnes ayant un état de santé relativement stable et ayant la capacité de mener un entretien ont pu participer à l'étude.

RÉSULTATS : PERCEPTION ET DESCRIPTION DE LA SANTÉ ET DU RISQUE

Comment la catégorie des personnes à risque face au Covid-19 est-elle appropriée par les médecins généralistes et quelles sont les implications quotidiennes pour les patient-es à risque ? Pour répondre à ces questions, j'analyse les réajustements effectués par les médecins généralistes, à la réception des nouvelles directives de l'OFSP. J'expose ensuite le processus classique de catégorisation/identification autour de la santé, en comparant la manière dont les patient-es perçoivent leur état de santé, à la description que les médecins en font. Pour finir, je m'intéresse à cette tension entre catégorisation/identification à la catégorie à risque, à l'ère du Covid-19.

LES MÉDECINS RÉAJUSTENT LA CATÉGORIE

Dans cette partie, je montre comment le processus de catégorisation se déploie à la fois par le biais de l'OFSP et par les médecins généralistes. Cela en exposant les processus de redéfinition et de nuanciation apportés par les médecins à la catégorie.

Le risque redéfini

Depuis le début de la pandémie, les médecins doivent se tenir informé-es des évolutions de la catégorie des personnes à risque (figure 1) afin de prodiguer des soins en conséquence. Dre Dubey explique cet enjeu : « C'est une information qui nous est venue de manière passive, on a dû aller la chercher et on l'a cherchée auprès des ordonnances de l'OFSP. »

En plus de faire avec les évolutions de la catégorie de l'OFSP, les médecins généralistes doivent composer avec les divergences que les professionnels de santé peuvent avoir concernant les personnes à risque. C'est par exemple, pour les femmes enceintes :

« Au début toutes les femmes enceintes étaient à risque, et puis après il y a eu des informations contradictoires au niveau du collège de gynécologie. (...). Un gynécologue pouvait dire à l'une de ses patientes 'vous êtes à risque, vous n'allez pas travailler' puis son médecin généraliste disait 'Moi, je ne peux pas faire de certificat parce que ce n'est pas marqué clairement'. » (Dr Grosjean, Vaud)

Ces divergences d'avis ainsi que l'évolution de la catégorie et sa diffusion dans les médias conduisent à une surcharge de travail pour les médecins généralistes. Ils et elles doivent comprendre ces évolutions et les faire comprendre aux personnes à risque. Ainsi, les médecins ont soulevé un besoin de préciser la définition de cette catégorie. Dr Chaudet se questionnait sur la notion même de risque : « Vous dites à risque de quoi ? De mourir ? Ou à risque de faire des formes graves ? » Dans les entretiens, ce sont ces deux formes de risque qui ont été mises en avant par les médecins.

De plus, selon certain-es médecins, toutes les personnes à risque ne sont pas assujetties au même degré de risque. Les médecins proposent donc une hiérarchisation croissante avec un risque moyen, un haut risque et un très haut risque. Par exemple, « les obèses légèrement hyper-tendus, ce n'est pas la même chose

qu'un vrai obèse vraiment hyper-tendu et puis diabétique » (Dr Müller, Genève). Ici, la catégorisation des personnes à risque se fait graduellement par les médecins.

Le risque nuancé

Certains médecins étaient en accord avec la catégorie des personnes à risque proposée par l'OFSP. Dre Manzoni explique qu'elle s'est « vraiment basée sur ces listes ». Elle n'a pas proposé de modification à la catégorie initiale de l'OFSP car elle avait conscience du caractère mouvant de la catégorie et ne voulait pas faire entrer, puis sortir, certain-es de ses patient-es dans le processus de catégorisation.

Cependant, d'autres médecins nuancent cette catégorie. Pour Dre Duvanel cela permet de ne pas devoir considérer l'intégralité de la population comme étant à risque : « un tiers de la population, plus même, presque la moitié de la population de plus de 50 ans est hyper-tendue. (...). Dans ce cas-là, tout le monde est prioritaire et tout le monde est à risque ». Cela est d'autant plus important que les messages transmis par les médias pouvaient être parfois perçus comme de la surmédicalisation :

« La presse a expliqué aux gens < maladies pulmonaires et respiratoires > et on avait le petit asthmatique qui a de l'asthme pendant le bouleau qui débarquait et qui disait < mais moi je suis à risque, il faut me mettre en télétravail obligatoire >. » (Dre Duvanel, Genève)

Pour d'autres encore, la catégorie de l'OFSP est sous-médicalisée. C'est-à-dire qu'elle ne prend pas en compte certaines personnes qui pourraient être considérées à risque. Pour ajouter de nouvelles personnes à la catégorie à risque, les médecins se basent sur une autre définition du risque que celle proposée par l'OFSP. Pour Dre Paccot, le risque de transmission du virus rendait à risque, au début de la pandémie, ses patient-es porteur-

ses d'une trisomie, du fait de leur difficulté de compréhension des gestes barrières. Pour Dr Grosjean, les jeunes sont également vulnérables du fait qu'ils ou elles peuvent plus facilement vivre une rupture dans leurs soins : « Ils ont déjà de la peine à contacter le système de santé (...) maintenant c'est encore plus compliqué. »

En travaillant sur la catégorie des personnes à risque, les médecins participent au processus de catégorisation, initié à la base par les autorités sanitaires.

PERCEPTION ET DESCRIPTION DE LA SANTÉ

Dans cette sous-partie, je compare dans un premier temps la manière dont la santé est abordée par les médecins et les patient-es pour soulever les enjeux de catégorisation/identification autour de la santé, préexistants au Covid. Puis, dans un second temps, je montre en quoi le virus perturbe, ou non, cette « bonne santé » en relevant des tendances d'attitude vis-à-vis du Covid-19.

Les discours autour de la santé

Se déclarer en « bonne santé »³³

Au début des entretiens, les patient-es devaient définir leur état de santé avant la pandémie. Trois stratégies ont été adoptées : la relativisation, la datation et la constance.

La constance a été utilisée par les patient-es qui se considèrent en « bonne santé ». Par exemple, Mme Barillon (22 ans, obésité, asthme, et Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) a précisé : « J'ai toujours été en pleine forme ». À

●
³³ La perception est la manière subjective que les patient-es ont d'aborder leur santé et est représentée, dans le chapitre, par des guillemets.

l'inverse, la santé peut être abordée comme un processus évolutif, positif ou négatif. Mme Gubéran (84 ans, lymphome) précise que son état de santé était « vraiment excellent » avant que sa gynécologue lui annonce qu'elle est atteinte d'un cancer. Quant à Mme Alario (74 ans, bronchopneumopathie chronique obstructive et hypertension artérielle), elle explique : « J'étais très mal [suite à une double infection pulmonaire en début de pandémie]. Depuis, je vais très bien. »

La relativisation a aussi été utilisée pour décrire positivement ou négativement son état de santé. Pour parler de la « bonne santé », on assiste à une relativisation par rapport à l'âge : « Pour mon âge, (...) ça ne va pas mal » (Mme Crivelli, 77 ans, obésité). Ou par rapport au fait que cela pourrait être « pire » : « A part ça, tout va bien » (Mme Vari, 39 ans, mucoviscidose et hypertension artérielle). La relativisation a aussi été utilisée pour parler de la « mauvaise santé ». Par exemple, Mme Badel (70 ans, hypertension pulmonaire et artérielle) précise que « ça devient toujours un petit peu compliqué ».

À la croisée des discours de santé

À côté de la perception que les patient-es ont de leur santé, j'avais à disposition une fiche remplie par les médecins, expliquant pourquoi leurs patient-es sont considéré-es à risque (figure 4). Ici, j'illustre uniquement une divergence et un accord dans la définition de la santé entre ces deux protagonistes.

La convergence correspond au fait que la perception de l'état de santé des patient-es est en accord avec la description qu'en font les médecins. Par exemple, le médecin de M. Pellet (81 ans) n'a pas indiqué de problèmes de santé dans les critères à risque, à part l'âge. Ce dernier est donc décrit comme étant en bonne santé. En se percevant également comme en « bonne santé », relativement à son âge, il partage la description de la santé que son médecin se fait de lui : « Je vais bien de ce côté-là. »

La divergence correspond au fait que les patient-es s'identifient comme étant en « bonne santé », mais que les médecins précisent que les patient-es ont des problèmes de santé et sont donc catégorisé-e comme étant en mauvaise santé. Le cas le plus saillant est celui de Mme Ferreti (78 ans, âge, obésité, hypertension artérielle et lymphome) qui dit : « J'ai toujours été en bonne santé. » Cependant, lorsque je compare ce récit à ce que le médecin a inscrit dans le tableau, je remarque que cette dernière a des problèmes de santé sur le plan biomédical. Sur la fiche de participation à l'étude, il a noté : « Obésité, hypertension artérielle et lymphome. » Cela est surprenant car à aucun moment de l'entretien Mme Ferreti ne m'a parlé de cela. Une autre divergence soulevée est le fait que les patient-es n'ont pas abordé, ou très subtilement, le sujet de l'obésité, alors que c'était un critère de risque avancé par les médecins de cinq patient-es ainsi que par l'OFSP dans la désignation officielle de la catégorie à risque.

Des dynamiques de catégorisation se retrouvent donc à la croisée des discours autour de la santé. C'est-à-dire que des personnes en « bonne santé » sont catégorisées par le monde médical comme étant en « mauvaise santé ».

Le virus perturbe-t-il la « bonne santé » ?

Il est intéressant de savoir si la perception que se font les patient-es de leur état de santé a évolué avec l'arrivée du Covid-19, en se demandant si ces personnes se sentent plus vulnérables. Pour cela, j'expose des tendances d'attitudes face au Covid-19, allant du fatalisme à l'anxiété. Ces deux tendances sont perméables. Des patient-es qui se considèrent tantôt comme fatalistes peuvent adopter des comportements anxieux.

Les fatalistes

Les patient-es fatalistes sont ceux et celles pour qui l'arrivée du virus n'a pas perturbé la perception qu'ils et elles se faisaient de leur état de santé. Mme Ferreti (78 ans), qui se considère en « bonne santé » malgré les pathologies relevées par le médecin, ne se sent pas vulnérable face au virus. Elle précise : « Je n'ai jamais eu peur de ça parce que je me trouvais assez immunisée pour ne pas l'avoir. » La perception de sa « bonne santé » n'a donc pas été modifiée par l'arrivée du Covid-19.

Les autres fatalistes sont ceux et celles qui se considéraient en « mauvaise santé », mais qui, malgré cela, ne se sentent pas vulnérables face au virus. Par exemple, Mme Courvoisier (84 ans) a insisté sur la dégradation de son état de santé durant l'entretien, mais s'est positionnée comme étant fataliste face au virus en expliquant : « Si je l'attrape, je l'attrape. Fataliste (...). Fataliste. » Malgré tout, même s'il y a eu des patient-es fatalistes vis-à-vis du virus, ils et elles ont expliqué qu'ils et elles prenaient des précautions et restaient prudent-es.

Les anxieux/euses

Les patient-es anxieux/euses sont ceux et celles pour qui l'arrivée du virus a été un perturbateur à leur « bonne santé » et un facteur aggravant de leur « mauvaise santé ». Les personnes qui se considéraient en « bonne santé » avant la pandémie, mais qui sont devenues anxieuses face au virus, s'identifient désormais comme étant à risque. Elles s'identifient donc aux problématiques de santé soulevées par les médecins et à la catégorie des personnes à risque. Par exemple, Mme Barillon (22 ans), qui se considérait en « bonne santé », doit désormais prendre des médicaments pour traiter son anxiété face à sa vulnérabilité liée au virus.

Mme Grand (87 ans, âge) prend également des médicaments pour réduire son anxiété face au virus. Cependant, elle se

percevait déjà comme étant en « mauvaise santé » : « Oui, ça m'a donné un peu plus d'anxiété disons. D'ailleurs je prends des anxiolytiques que le médecin m'a donné maintenant. » L'arrivée de la pandémie a donc ici été un facteur aggravant de la « mauvaise santé », plutôt qu'un perturbateur à la « bonne santé ». De plus, elle a également créé une identification à la catégorie à risque.

PERCEPTION ET DESCRIPTION DU « RISQUE »

Dans cette partie, j'analyse ce qu'implique le fait de s'identifier à la catégorie à risque. Ensuite, j'expose les répercussions quotidiennes de la catégorisation. Puis, je finis par aborder la question du vaccin qui vient figer les tensions induites par la catégorisation et l'identification.

Se déclarer à risque : pratiques de la vulnérabilité

Se déclarer à risque correspond au fait de se sentir concerné-es par l'étiquette de « personne à risque » proposée par les autorités sanitaires et les professionnels de santé. Dans notre échantillon, ces patient-es sont ceux et celles qui ont adopté une attitude anxieuse. En d'autres termes, ce sont les personnes qui ont conscience de leur vulnérabilité face au virus, du fait de leur état de santé. C'est par exemple le cas de Mme Barillon (22 ans) :

« Je me suis toujours considérée à risque, donc je ne prenais aucun risque. Je sais que si je l'attrape, rien que le fait que je sois asthmatique, je peux vraiment souffrir des poumons. Vraiment ! Donc c'est une protection pour ma santé surtout. »

Ces personnes qui se sont identifiées comme étant à risque sont d'autant plus vigilantes face à leur état de santé et prennent des précautions, « peut-être deux fois plus que les personnes en très bonne santé » (M. Fadel, 70 ans). Par exemple, Mme Cossy

(68 ans) a confié qu'elle prenait sa température tous les soirs. En plus de cet exemple explicite de vigilance face à la santé, j'ai pu soulever des dimensions plus indirectes de la vigilance. Je présente ceci dans les paragraphes qui suivent.

S'isoler et surveiller

Le fait de s'isoler est une sorte de vigilance envers autrui – potentiel porteur du virus – qui a surtout été évoquée pour le début de la pandémie. Mme Barillon (22 ans) n'apportait plus son linge en laverie et n'allait plus faire des commissions, même si elle devait « aller acheter un truc essentiel ». Désormais, elle doit sortir pour travailler et suivre ses cours, mais elle le fait toujours avec de grandes précautions, selon elle. Tout est mis en place pour éviter de faire rentrer l'autre chez soi ou le faire de manière contrôlée.

Par exemple, Mme Vari (39 ans), étant mère, fait attention à ce que ses enfants respectent les mesures sanitaires. Elle explique : « Quand les enfants rentrent de l'école, je leur dis : « lavez vos mains, gardez les distances. » Jusqu'à une époque, j'ai fait attention. Je n'ai pas invité des jeunes à la maison. » Lorsque la venue des autres est essentielle, par exemple pour prodiguer des soins, la vigilance passe par la surveillance.

Mme Grand (87 ans) m'a confié qu'elle surveillait que ses infirmières à domicile respectent bien les gestes barrières (masque, désinfection des mains et des objets touchés), dans la mesure où « elles côtoient beaucoup de malades et tout ça ». Cette surveillance permet d'éviter le contact avec autrui, mais également avec les objets.

Éviter les objets

Les personnes qui se sont identifiées comme étant à risque, c'est-à-dire les personnes qui ont conscience de leur vulnérabilité face au virus du fait de leur état de santé, ont également exposé le fait qu'elles évitent certains objets. En effet, ces derniers sont potentiellement à l'origine de la transmission du virus et donc du risque. Les objets ayant été en contact avec l'extérieur sont donc maniés avec prudence. Mme Grand (87 ans) précise que lorsque l'étudiant qui lui fait ses courses revient avec les commissions, cette dernière prend soin de surveiller l'emplacement de chaque objet :

« Je lui ai dit : « Surtout, ne posez pas votre sac sur la table. Laissez-le par terre ! » Et tout ce qui est fruits et légumes, je les lave avant de les mettre au frigo parce que je me dis tout le monde tâte au magasin. »

De plus, lorsque le contact avec l'extérieur est nécessaire, par exemple pour aller faire des courses, des précautions, comme la désinfection et le port de gants, sont prises.

Catégorisation : entre souffrance et stigmatisation

Les personnes catégorisées à risque sont celles qui ne se sentent pas nécessairement vulnérables face au virus, mais qui sont étiquetées comme étant à risque par les autorités sanitaires - qui proposent cette catégorie - et par les médecins - qui la relaye. Cette catégorisation se perçoit dans les termes que les patient-es utilisent : « J'étais dans la tranche d'âge des personnes qu'il fallait épargner. » (Mme Gubéran, 84 ans) Ou encore : « J'étais considéré à risque. » (M. Pellet, 81 ans) On voit que les patient-es n'ont eu que peu de choix dans ce processus de catégorisation. Certain-es le comprennent, comme Mme Courvoisier qui précise : « On ne vous le répète pas indéfiniment, vous le comprendrez. » Tandis que d'autres ne le comprennent pas : « Le mélange

Covid/hyperthyroïdie, je ne vois pas en quoi ça peut faire un malheur. » (Mme Joly, 28 ans)

Isolé-es par les proches : une bienveillance malvenue ?

Dans notre échantillon, les personnes qui ont abordé la catégorisation par les proches sont des personnes âgées. Leurs enfants ou petits-enfants les désignaient comme étant à risque et, donc étaient « très attentif[ves] » et « très prudent[es] » avec elles et eux. Les enfants et petits-enfants ont insisté sur le fait qu'elles et ils voient « beaucoup, beaucoup de monde » (la fille de Mme Courvoisier) par leur travail et vie sociale. La culpabilité, en cas de transmission du virus, est l'argument évoqué pour justifier le non-contact avec la personne concernée. Une conséquence de ce discours est l'isolement, un « sentiment complet d'abandon » (Mme Courvoisier), d'autant plus important au début de la pandémie avec le premier confinement. Les proches, en ne rendant pas visite aux personnes à risque pour les protéger du Covid-19, les rendent d'autant plus vulnérables face à l'isolement.

Isolé-es par l'environnement : une stigmatisation démesurée ?

Les personnes visiblement à risque, c'est-à-dire les personnes âgées, ont pu être exposées à des réactions stigmatisantes dans l'espace public. Mme Ferreti (78 ans) a en effet constaté que les personnes âgées étaient évitées dans la rue : « Les gens qui voyaient une personne âgée, avec une canne, ils passaient de l'autre côté. Je le voyais depuis ma fenêtre et je me disais « on dirait qu'on a la rage » [rires]. »

La catégorisation dans l'espace public a également pu se faire verbalement.

« Dans des magasins, je me suis fait agresser parce qu'on voyait que j'avais plus que 65 ans donc c'était « vous il faut rentrer chez vous ». (...). J'en ai souffert psychologiquement. » (Mme Cossy, 68 ans)

Cette stigmatisation a donc pu conduire à l'exclusion de l'espace public. Mais, l'isolement peut également se faire à cheval entre la sphère privée et la sphère publique. En effet, au début de la pandémie, Mme Courvoisier (84 ans) s'est sentie « complètement abandonnée de tous, de tout », parce que ses infirmières à domicile ont refusé de lui prodiguer certains soins :

« J'ai demandé, presque supplié, qu'ils me donnent la douche, parce que la douche m'aide beaucoup pour les douleurs dans le dos. (...). Mais, le fait qu'ils ne viennent plus du tout, ça a été un terrible sentiment d'abandon. »

Cet isolement, voire exclusion, des personnes âgées est également un phénomène perçu par le Dr Chaudet, gériatre :

« Cette crise finalement favorise un certain âgisme. Une certaine discrimination par rapport à qui ils [les personnes âgées] sont et ce qu'ils représentent et que finalement, on ne les laisse pas parler, s'exprimer sur leurs envies, leurs besoins, leurs peurs et leurs craintes. (...). Que ce soit par mes collaborateurs, certains collègues, par la société en général, les médias. Mais aussi au quotidien. »

Cet isolement par l'environnement ne repose que sur la catégorisation des personnes, dont l'étiquette à risque est visible. La stigmatisation et l'exclusion évoquées dans notre échantillon ne concernent donc que les personnes âgées. La pandémie de Covid-19 a-t-elle créé ce phénomène ou a-t-elle renforcé des stigmates préexistants ?

La vaccination : généralisation de l'identification ?

Malgré le fait que la thématique du vaccin contre le Covid-19 n'était pas spécifiée dans notre grille d'entretien, elle a été abordée par plusieurs participant-es. Pour les médecins, c'est une solution, et pour les patient-es, c'est un moyen de se sentir moins vulnérables.

La vaccination : un moyen de retrouver sa « bonne santé » ?

Les patient-es à risque ont parlé de la vaccination comme étant une manière d'être « quand même plus protégée » (Mme Courvoisier, 84 ans, entretien le 5 mars 2021³⁴). Cela représente donc un moyen de retrouver leur « bonne santé », c'est-à-dire leur état de santé (bon ou mauvais) pré-pandémique, sans le sentiment de vulnérabilité associé à la catégorie à risque. Même les personnes fatalistes qui ne se sentaient pas vulnérables face au virus ont trouvé que la vaccination restait une solution rassurante.

La vaccination, pour certain-es patient-es interrogé-es, en plus d'être un moyen de se protéger est aussi perçue comme une solution libératrice, car elle annonce la reprise de certaines activités sociales pour les participant-es. M. Pellet (81 ans, entretien le 12 mars 2021) précise qu'il pourra « de nouveau aller en famille ». Cette liberté a également été soulevée par Dre Paccot (entretien le 17 février 2021), gériatre : « J'en ai beaucoup qui m'ont dit : « Je fais le vaccin pour pouvoir sortir. Pas parce que j'ai peur de l'attraper, mais pour qu'ils arrêtent de m'enfermer ! ». »

Étant donné que le vaccin est perçu par les patient-es à risque comme un moyen de ne plus être vulnérables, ou de l'être moins, on assiste à une identification générale à la catégorie des

●
³⁴ Date des entretiens précisée car la vaccination était plus restreinte qu'au moment de la rédaction finale du chapitre (septembre 2021).

personnes à risque. En effet, puisque le vaccin leur permet de se sentir moins vulnérables, cela nécessite de s'être senti-es, même inconsciemment, plus vulnérables auparavant.

La vaccination : une injonction de l'environnement ?

Le vaccin est fortement recommandé aux patient-es à risque par certain-es médecins de notre échantillon. Dre Paccot précise que pour les personnes âgées il n'y a « aucune hésitation » à avoir. Les médecins doivent fournir des informations concernant le vaccin aux personnes qui le demandent, mais ils et elles vont parfois eux et elles-mêmes conseiller la vaccination. Par exemple, Dr Witch (VAUD, entretien le 14 janvier 2021) le fait lors des consultations pour le diabète ou l'hypertension. Il existe même l'application Coronavax, permettant de cibler qui sont les personnes à risque en fonction de l'âge et de l'état de santé, comme l'a précisé Dr Meyer (VAUD, entretien le 10 février 2021). La catégorie des personnes à risque s'articule donc autour du discours de la vaccination et cela est également perçu par les patient-es à risque. En effet, Mme Vari (39 ans, le 11 mars 2021) précise qu'elle s'est fait vacciner parce que les trois spécialistes de la santé la suivant lui ont dit de le faire.

L'importance de la vaccination pour les patient-es à risque se ressent également dans le discours des proches qui suggèrent la vaccination : « Parce que tout le monde a envie que je sois vaccinée. » (Mme Gubéran, 84 ans, entretien le 09 mars 2021) Un exemple d'injonction d'autant plus forte a même été donné par cette patiente :

« Je n'étais pas très chaude au départ et puis mon fils m'a plus ou moins poussé en me disant « mais quand même, tu es un sujet à risque. Tu n'es pas en très bonne santé ». »
(Mme Grand, 87 ans, entretien le 9 mars 2021)

Dans les entretiens, on assiste donc à une concentration du discours de la vaccination autour des patient-es à risque. Cela traduit une forte recommandation des médecins et des proches autour de cette pratique, mais également une identification généralisée à la catégorie à risque pour les patient-es.

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de répondre à la question de recherche suivante : Comment la catégorie des personnes à risque face au Covid-19 est-elle appropriée par les médecins généralistes et quelles sont les implications quotidiennes pour les patient-es à risque ? J'ai effectivement constaté des différences de discours autour de la santé entre médecins et patient-es, confirmant en cela certains travaux existants. Des patient-es se perçoivent en « bonne santé » alors que les critères biomédicaux (Levesque, 2015) avancés par les médecins traduisent le contraire. Des dynamiques de catégorisation et d'identification se jouent donc bien au niveau de la description et de la perception de l'état de santé.

Comme je l'avais supposé, ces dynamiques de catégorisation et d'identification se retrouvent également à l'ère du Covid-19 avec l'étiquette de « personnes à risque ». Face à cela, deux cas de figure extrêmes émergent : les fatalistes et les anxieux/euses. Les fatalistes, ne se sentant pas nécessairement vulnérables face au virus, sont catégorisé-es comme étant à risque. Cependant, la catégorisation est problématique puisqu'elle amène à considérer un ensemble d'individus comme une unité homogène. Or, dans la catégorie des personnes à risque, les vécus et les états de santé sont divers et donc « considérer toutes les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, par exemple, comme vulnérables est simpliste » (Belser et al., 2020, p. 402, traduction par DeepL). Les anxieux/euses sont celles et ceux qui s'identifient comme étant à risque, parce qu'elles et ils ont conscience de leur vulnérabilité face au Covid-19, du fait de leur état de santé. Le cas le plus

extrême des patient-es à risque anxieux/euses sont celles et ceux qui se percevaient en « bonne santé » avant la pandémie et qui ont désormais conscience de leur fragilité.

Avec l'arrivée du Covid-19, un sentiment de vulnérabilité a émergé chez ces patient-es. Cela s'explique par une perte de repère dans l'environnement (Bouisson, 2007) et conduit à « un ébranlement identitaire » (Ibid, p. 110). Cependant, que la personne s'identifie comme étant à risque ou qu'elle soit catégorisée comme telle, cela n'est pas sans conséquence. J'ai en effet constaté que les personnes s'isolent ou sont isolées par les injonctions de leurs proches. Pour les personnes dont le fait d'être à risque est visible, c'est-à-dire les personnes âgées, on assiste au cumul de plusieurs « peines » (Amyot, 2019 dans Thomas, 2019, p. 84) : « Maladies chroniques, marginalisation sociale et difficultés d'accès aux services de soins ou d'aide. » (Ibid) Ces trois aspects ont effectivement été soulevés par les personnes âgées interviewées.

Dans la littérature, j'ai constaté que le sentiment de vulnérabilité peut être réversible (Brodiez-Dolino, 2016) et que les personnes malades font tout pour « redevenir « normaux » » (Clarke et James, 2003, p. 1389, traduction DeepL). Cela se reflète dans les entretiens des patient-es à risque, avec l'arrivée du vaccin contre le Covid-19. En effet, la vaccination est présentée comme un moyen de ne plus être vulnérable, ou de moins l'être, pour les personnes à risque. Ces personnes s'identifient donc finalement à la catégorie et les discours autour de la vaccination sont centrés sur ces mêmes personnes.

Pour aller plus loin dans l'étude, nous pourrions porter un intérêt aux personnes à risque jeunes, âgées de moins de 65 ans, afin de voir si les dynamiques de catégorisation/identification sont similaires à celles obtenues ici. Malgré tout, cette recherche reste pertinente. En effet, j'ai pu fournir une analyse sur les processus de catégorisation et d'identification autour de la santé à l'ère du Covid-19 alors que cela n'avait jamais été fait. En menant

des entretiens à la fois avec des médecins généralistes et des patient-es, et en travaillant sur les ordonnances de l'OFSP, j'ai pu tenir compte des principaux acteurs et principales actrices de ce processus.

BIBLIOGRAPHIE

Belser, Eva Maria, Cécile Bensimon, Claudine Burton-Jeangros et al. (2020). « Continued Confinement of Those Most Vulnerable to COVID-19. » *Kennedy Institute of Ethics Journal* 30(3): 401-418.

Bessone, Magali, Alexis Cukier, Christian Lazzeri et al. (2015). « Identités et catégorisations sociales. » *Terrains/Théories* 3 : 1-6.

Bouisson, Jean (2007). « Vieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation. » *Retraite et société* 3 : 107-128.

Bourrier, Mathilde et Claudine Burton-Jeangros (2014). « Ni malades, ni en bonne santé. Explorations sociologiques de la médecine de surveillance. » *Socio-anthropologie* 29(1) : 1-6.

Brodiez-Dolino, Axelle (2016). « Le concept de vulnérabilité. » *La Vie des idées* 11: 1-10.

Carricaburu, Danièle (2007). « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition » *Sociologie et sociétés* 39(1) : 123-144.

Cavalli, Stefano, Myriam Girardin, Karine Henchoz (2008). « Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge. » *Sciences sociales et santé* 26(3): 47-72.

Clarke, Juanne et Susan James (2003). « The radicalized self: the impact on the self of the contested nature of the diagnosis of chronic fatigue syndrome. » *Social Science and Medicine* 57(8): 1387-1395.

Conrad, Peter (1992). « Medicalization and social control. » *Annual review of Sociology* 18(1): 209-232.

Delaunay, Karine (1999). « Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie. » *Autrepart* 12: 37-52.

Dumas, Agnès, Claude Lejeune et Laurence Simmat-Durand (2014). « Tabac, alcool et cannabis pendant la grossesse : qui sont les femmes à risque ? » *Santé publique* 26(5) : 603-612.

Levesque, Annabel (2015). « Identité, culture et représentations de la santé et des maladies. » *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest* 27(1) : 35-56.

Lupton, Deborah (2013). « Risk and subjectivity », dans Lupton, Deborah (éd.). *Risk*. Abingdon: Routledge, p.143-171.

SOURCES

Obsan (Observatoire suisse de la santé), Coronavirus : maladies à risque et groupe à risque (âge : 15+), <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/coronavirus-maladies-risque-et-groupe-risque-age-15> (consulté le 3/9/2021)

OFSP, Coronavirus : personnes vulnérables, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung/besonders-gefahrdete-menschen.html> (consulté le 8/9/2021)

OFSP, Ordonnance sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (COVID-19) : <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2020/107/fr> (consulté le 3/5/2021)

OFSP, Ordonnance 2 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (COVID-19) : <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2020/141/fr> (consulté le 3/9/2021)

OFSP, Ordonnance 2 sur les mesures dessinées à lutter contre le coronavirus (COVID-19) : <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2020/323/fr> (consulté le 3/9/2021)

Organisation Mondiale de la Santé, Comment l'OMS définit-elle la santé ?, <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions> (consulté le 3/9/2021)

PARTIE 3 :

ORGANISER L'ESSENTIEL ET LE RESTE

CHAPITRE 7. LA QUESTION DE L'ESSENTIEL AU TRAVAIL : LE COVID-19 A-T-IL VRAIMENT REBATTU LES CARTES ?

Mathilde Bourrier et Leah Kimber

RÉSUMÉ

La pandémie a percuté à la fois « l'essentiel » dans les organisations et « l'essentiel » au travail. Ce chapitre rappelle que poser cette question renvoie à la valeur et à l'utilité sociale des fonctions, des professions, et *in fine* du travail. En mobilisant et en discutant la littérature de la sociologie du travail, cette contribution vise à comprendre comment les individus ont réévalué « l'essentiel » dans leur cadre professionnel durant la première vague de la pandémie. Grâce à quatre *focus groups*, réalisés entre les mois de novembre 2020 et de mars 2021, à Genève et à distance, en utilisant une plateforme de visioconférence, nous répondons en cinq temps à la question de savoir comment l'essentiel au travail a pu être réactualisé par la crise pandémique. Premièrement, le passage massif au télétravail, pour le travail dit « de bureau », a pu se faire, pour beaucoup d'individus et d'organisations, sans trop de difficultés. Deuxièmement, les activités pour lesquelles le télétravail n'était pas réalisable ont dû se faire parfois dans un mode dégradé. Troisièmement, l'échange fluide des idées, la sérendipité, alors que les collaborateurs et collaboratrices sont à distance, en ont pâti à la longue. Quatrièmement, les parents qui avaient la charge de jeunes enfants dans leurs foyers ont exprimé leurs difficultés autour de la répartition des tâches au sein des familles et du couple tout particulièrement. Cinquièmement, le télétravail a eu des effets

délétères sur la santé mentale. Et finalement, la privation des sens s'est révélée comme un obstacle majeur à la correcte exécution du travail. En somme, techniquement beaucoup peut se faire à distance. En revanche, il est difficile de maintenir une dynamique de travail collective, car le travail est bel et bien une affaire de collectifs au travail.

INTRODUCTION

La crise Covid-19 a percuté à la fois « l'essentiel » dans les organisations et « l'essentiel » au travail. Ce chapitre rappelle que poser cette question renvoie à la valeur et à l'utilité sociale des fonctions, des professions, et *in fine* du travail. Leur hiérarchisation sociale, politique et économique n'est pas alignée avec les salaires, le prestige et la reconnaissance sociale. Opposer les personnels essentiels, « indispensables » à la gestion de la pandémie (par ex. Ministère des Solidarités et de la Santé, France, 2020) aux autres, les commerces dits essentiels aux autres, les fonctions souveraines de l'État social – soigner, nourrir, protéger, éduquer – aux autres déclarées non indispensables, non essentielles – comme celles se pratiquant dans les lieux de culture et de loisirs – a en fait renvoyé chacun-e d'entre nous à des interrogations profondes sur le sens au travail et sur l'aventure collective que représente l'engagement et la participation dans les organisations et les systèmes productifs de toutes sortes.

Durant la crise, les niveaux de salaires et les prestiges associés ont souvent joué à fond renversé. En se penchant sur l'utilité sociale des fonctions, notamment celles liées au « care » – souvent assumées par des femmes, souvent issues de l'immigration, mal rémunérées, mal reconnues socialement – la pandémie a braqué le projecteur sur ces métiers de « première ligne » : soignant-es, aides-soignant-es, assistant-es aux aîné-es dans les Établissements médico-sociaux (EMS). D'autres de « deuxième ligne » travaillant dans les supermarchés et les magasins de première nécessité,

convoyant et livrant des biens de consommation de toute nature, ou chargés du maintien des infrastructures vitales (p. ex. eau, combustible, électricité, médicament, Internet) ont également attiré l'attention. Tandis que dans les bases arrière du télétravail, les cols blancs, dans les innombrables fonctions administratives d'organisations sans cesse plus processuelles, employé-es et cadres ont rejoint leurs foyers, travaillant à domicile, presque entièrement soutenu-es par la numérisation manifeste de leurs activités, éclatant au grand jour. Un véritable Big Bang numérique a frappé les organisations du secteur tertiaire (Kniffin et al. 2021).

La question de la valeur accordée au travail et celle de sa signification sociale sont anciennes en sociologie (Gorz, 1988 ; Rifkin, 1995 ; Méda, 2010 ; Méda & Vendramin, 2013). Récemment, elles avaient été reprises par l'anthropologue David Graeber provoquant le débat autour de ce qu'il a appelé avec un vif succès des *bullshit jobs* (2013), à l'utilité sociale contestable selon lui. Ces questions anciennes ont trouvé une expression radicale durant cette pandémie.

Ce chapitre vise à comprendre dans un premier temps comment la sociologie du travail aborde la question de « l'essentiel » dans le cadre professionnel de manière générale. En effet, si cette controverse surgit avec une acuité remarquable pendant la crise pandémique, elle a déjà fait l'objet de débats préexistants. Un rapide tour d'horizon permettra de s'y replonger brièvement (Lallement, 2017 ; Valenduc & Vendramin, 2019). Dans un deuxième temps, ces points de tensions et de débats seront confrontés aux points de vue que nous avons recueillis dans le cadre de quatre *focus groups*, réalisés entre le mois de novembre 2020 et le mois de mars 2021 à Genève et à distance, en utilisant une plateforme de visioconférence. En effet, si la crise pandémique a placé le projecteur sur ce qui était essentiel à maintenir ouvert au public, à faire fonctionner coûte que coûte au niveau sociétal, elle a aussi parfois conduit certain-es d'entre nous à réfléchir à ce qui était essentiel dans notre propre cadre professionnel. Un peu comme si une connexion s'était faite entre

les questions d'organisation sociale posées par la crise et celles plus intimes, renvoyant chacun-e à sa propre contribution personnelle au travail et au sens donné « dans » et « à » cette activité. Le sort réservé aux commerces, aux secteurs d'activités, aux institutions, qui ont été tour à tour fermé-es, puis réouvert-es, a sans cesse alimenté les débats dans la presse, dans l'opinion, dans les entreprises, au sein des familles et des cercles d'ami-es. Ils ont ravivé des interrogations auxquelles certain-es d'entre nous font face dans leur travail. Les bouleversements de la sphère sociale où lieux d'enseignement, de culture, de culte, de loisirs se sont retrouvés interdits et mis entre parenthèses ont fait écho à de profonds questionnements sur le sens de l'activité de chacun et de chacune : Qu'est-ce que, pour moi, l'essentiel dans mon travail ? Comment me suis-je organisé-e pour sauver l'essentiel ? Est-ce que ce que mon entreprise déclare comme étant essentiel et ce que je pense être essentiel dans mon travail sont alignés ? Et au fond suis-je essentiel-le ?

Ces interrogations premières font partie du bagage et de l'héritage de la sociologie du travail. Elles seront mises en regard des expressions plus conjoncturelles initiées par cette crise pandémique – qui fut aussi une crise du travail. Tissées ensemble, elles constituent le fil rouge de ce chapitre.

POSER LA QUESTION DE L'ESSENTIEL AU TRAVAIL : UNE VIEILLE QUESTION D'UNE ACTUALITÉ BRÛLANTE

LE TRAVAIL : ESSENTIEL À LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE ?

Les sociologues du travail ont déjà beaucoup écrit sur ce que représente le travail, le fait d'occuper un emploi, d'exercer une activité, une profession, un métier et ce que cela procure aux

individus (Lallement, 2017). Un débat intense a animé les dernières décennies justement autour du rôle central joué par le travail dans la construction identitaire ou au contraire sur la remise en cause de cette place, jugée par certain-es prépondérante à tort.

Ainsi, des travaux importants ont pu montrer comment le fait d'être privé-es de travail, en étant au chômage, par exemple, provoque une rupture des liens sociaux (Lazarsfeld, 1982 [1933] ; Schnapper, 1981 ; Paugam, 2006), qui affecte profondément l'estime de soi. Le sentiment de faire partie d'un collectif porté par une histoire s'étiole et crée des dommages économiques, sociaux et psychologiques. Dans cette ligne de travaux, le travail est souvent vu comme essentiel à la construction identitaire et à la socialisation des individus. L'expérience de la solidarité collective s'éprouve « au » et « par » le travail (Dejours, 1980 ; Clot, 2008). Il est une source de confrontations à d'autres mondes, d'autres manières de voir et de penser. Il est capable d'extraire les individus de leurs sphères familiales et privées, d'éprouver capacités et compétences en dehors d'un cercle familial restreint (De Coninck, 2001).

Qu'arrive-t-il aux collectifs de travail quand chacun-e rentre dans son foyer, en étant chez soi au travail ? Comment échapper justement au poids du foyer et aux logiques inégalitaires qui souvent s'y déploient (soins aux enfants dévolus majoritairement aux mères, même lorsqu'elles travaillent ; entretien du foyer souvent assumé par les femmes) ? L'affranchissement de la tradition et du foyer font partie des gains espérés de l'intégration par le travail (De Coninck, 2001). Il est indéniable que ce repli à l'intérieur du foyer est fortement soutenu par l'explosion des processus numériques. De surcroît, il est probable que pour tenir compte des besoins d'adaptation liés au changement climatique, certaines activités de travail seront sans doute amenées durablement à se déployer dans la sphère privée. Ce faisant, est-ce que le rôle et l'influence du travail dans la construction

identitaire pourraient être remis en cause ? Et surtout de quelle manière ?

LE TRAVAIL : UNE ACTIVITÉ INFINIMENT DISTRIBUÉE

Un deuxième constat important pour le propos qui nous occupe concerne le caractère collectif et distribué du travail et des activités de travail. Les ergonomes, les psycho-sociologues et les sociologues du travail ont tôt fait de remarquer combien la performance, la réussite des objectifs et des missions sont des affaires collectives. La production de sens, l'hybridation nécessaire de connaissances, d'expertises, et d'attention s'incarnent dans des collectifs. D'innombrables travaux ont rendu compte avec subtilité de la manière dont le travail est une construction aux régulations sociales puissantes (Reynaud, 1988). Rendre compte précisément du travail tel qu'il se fait, a permis à cette veine de travaux d'enrichir considérablement la perspective sur ce qui se joue au travail (Daniellou, 2006 ; Terssac, 2012).

De surcroît, les recherches du courant de la « cognition située » sont venues nourrir ces constats en précisant combien les activités se déploient et s'appuient dans et sur des dispositifs engageant humains, machines, artéfacts de toutes sortes (Hutchins, 1995 ; Borzeix et Cochoy, 2008 ; Weller, 2018). Le travail tel qu'il se réalise au concret est largement équipé de maintes technologies (des plus simples – la chemise dossier – aux plus complexes – système expert ou plateforme collaborative). La coordination d'activités hétérogènes, à mesure que les organisations deviennent elles-mêmes moins fordiennes et plus ramifiées en autant de sous-réseaux décentralisés, se profilait comme l'un des grands enjeux de la fin du XXe siècle. La décentralisation très avancée des fonctions dans l'entreprise, grâce à la numérisation massive des contenus, le recours à des outils de gestion embarqués (logiciels

et progiciels) alertaient déjà sur les transformations en cours, qui éclateront en pleine lumière durant les premiers confinements.

Dans l'analyse que nous ferons du matériau empirique recueilli durant l'automne et l'hiver 2020-2021, nous reviendrons sur la manière dont ce constat si fort, concernant le caractère profondément collectif et distribué du travail et de l'activité, peut être maintenu au temps du télétravail massif et de l'usage sans limites des plateformes de coordination à distance. De profondes réorganisations du travail ont dû se faire dans l'urgence durant la pandémie. Elles ont réinterrogé les modalités concrètes de son exécution : ensemble mais à distance, est-ce possible ? De quels nécessaires soutiens le travail collectif a-t-il besoin pour maintenir les qualités de créativité et de sérendipité, qui rendent ce travail profondément humain, car fait avec d'autres ? Comment assurer les tâches de direction, de supervision des équipes, quand l'éclatement des équipes en télétravail devient la norme ?

Ces questions ne sont pas totalement neuves. Les expert-es des systèmes embarqués à distance, par exemple dans l'aéronautique, l'espace, le maritime, ou l'off-shore conçoivent depuis des décennies des logiciels de travail en commun et de partage d'expertises. Celles et ceux qui travaillent à la création de jeux vidéo en plateforme se posaient déjà depuis des décennies la question du soutien de la création collective à distance en limitant les effets délétères d'un travail de plus en plus « fait ensemble mais séparément » (Craipeau, 2001).

LA VALEUR TRAVAIL CONTINUELLEMENT PLÉBISCITÉE OU CRISE DE LA VALEUR TRAVAIL ?

Un troisième constat nous entraîne vers la thématique de la valeur travail dans nos sociétés. Un thème ancien, mais qui a donné lieu à une actualisation inattendue à la faveur de la crise pandémique : Quand nombre d'entre nous ne travaillent pas dans les fonctions

dites « essentielles », vitales et critiques, cela donne-t-il une nouvelle place au travail dans nos vies ?

Dans les quatre dernières décennies, deux tendances s'opposent quand il s'agit d'analyser le rôle joué par le travail dans les sociétés développées : certains travaux, notamment basés sur de grandes enquêtes récurrentes constatent, campagne après campagne, que la valeur travail demeure au hit-parade des valeurs cardinales dans de nombreux pays ; tandis que d'autres recherches plus qualitatives annoncent un recul de son poids qui préfigure notamment une transformation massive du salariat. Par le biais de ce questionnement sur la valeur travail, la question de son essentialité se pose. C'est à ce titre que ces débats brièvement rappelés ici nous intéressent.

C'est dans ce contexte que les Européen-nes ont souvent été interrogé-es par les instituts de sondage pour déceler un recul de la centralité de la valeur travail en particulier, à mesure que la question même de la place qu'il occupe dans les vies contemporaines a commencé à être remise en question au tournant des années 1970. Pourtant, la valeur travail continue d'être plébiscitée dans les sondages juste derrière la famille (European Values Survey, 2017 ; Tchernia, 2017). Depuis quarante ans, les Européen-nes y consacrent en moyenne quarante heures par semaine et la durée hebdomadaire de travail ne diminue pas. Elle a même parfois tendance en réalité à augmenter (Cianferoni, 2019). Il n'est donc pas surprenant que le travail soit qualifié de « très important » par 70 % des Européen-nes. Le « European Values Survey » montre que plus d'un-e Européen-ne sur deux considère que le travail est très important dans sa vie et cette proportion atteint plus de deux tiers dans des pays comme la France, la Suisse, la Finlande, l'Islande, la Grèce ou la Turquie. Ainsi tandis que des voix critiques questionnent la place jugée trop prépondérante du travail dans la construction des individus, comme le slogan emblématique « Perdre sa vie à la gagner » l'indiquait dans les années 1970, en Europe, aux États-Unis d'Amérique, au Canada, en Asie le travail demeure plébiscité,

jugé essentiel. Il n'est pas uniquement considéré comme moyen de subsistance, mais comme lieu de construction sociale et individuelle privilégié.

Au milieu des années 1990, la philosophe française Dominique Meda annonce « la fin du travail », tandis que l'Américain Jeremy Rifkin envisage aussi « The End of Work » (1995). Tous les deux sont frappé-es par la transformation des économies et par la destruction des emplois salariés ouvriers notamment. Des pans entiers du secteur primaire désertent les économies occidentales : sidérurgie, mines, fabrication. C'est ailleurs que les produits manufacturés sont désormais usinés et fabriqués, en Chine notamment.

Annonçant la fin du salariat, cette veine de travaux annonce aussi une prise de conscience sur le « mal-emploi » et la précarité : Ce n'est pas la fin du travail qui est en jeu, mais l'érosion de la relation d'emploi. Faire société ne peut reposer uniquement sur l'exercice rémunéré d'un travail, quand des centaines de milliers de personnes n'y accèdent pas (chômage), mal (temps partiel subi) ou de façon intermittente (contrats à durée déterminée, sur appel, contrats temporaires). Dans ce contexte, et en tenant compte des aspirations des plus jeunes générations autour d'un équilibre vie/travail, la famille, les ami-es, les loisirs, les hobbies, les activités bénévoles et associatives deviennent des facteurs essentiels à la réalisation individuelle.

Ces revendications autour d'une place plus équilibrée du travail dans les vies contemporaines sont aussi à lire dans un contexte où des générations de femmes entrent sur le marché du travail formel, entraînant une féminisation massive du salariat (Maruani, 2014). Elles y occupent des emplois de plus en plus diversifiés, car diplômées, elles accèdent à des fonctions autrefois réservées aux hommes. Cependant, étant encore majoritairement en charge des tâches domestiques et de celles liées aux soins portés aux enfants et aux ainé-es, la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle demeure un combat permanent.

Enfin, cette remise en question de la centralité du travail est également le fruit de la montée des alertes concernant les risques psychosociaux. Que le travail abîme, déforme, mutile, et aliène parfois n'est pas un thème nouveau (Pillon, 2012 ; Thébaud-Mony, 2016). Les récits ouvriers, les romans naturalistes du XIXe, les pamphlets journalistiques ont témoigné des dures conditions de travail dans les usines, les entrepôts, les fabriques, les abattoirs, les mines, et dans les exploitations agricoles. La littérature, les témoignages de première ligne, les travaux sociologiques ont continué au XXe siècle et dans les deux premières décennies du XXIe siècle à rendre compte des transformations du travail, en n'oubliant pas de relever les souffrances au travail qui perduraient (blessures, accidents, harcèlement) et celles de formes plus nouvelles qui se dessinaient.

Ces dernières naissent au cœur d'organisations du travail post-toyotistes, « aplaties », « agiles », « par projet », plus participatives parfois, mais également beaucoup plus exigeantes en termes d'atteinte des objectifs, individuels et collectifs. Le règne de l'évaluation permanente y domine, crantée sur des indicateurs sans cesse auscultés. En cause également le hiatus qui grandit entre le travail tel qu'il est planifié – toutes choses étant égales par ailleurs – et le travail tel qu'il est au final possible de le réaliser – compte tenu de la situation locale et contingente. Une quête permanente d'idéal qui use les équipes (Dujarier, 2009). Les maux du travail habitent également les plateformes de l'économie numérique, au cœur des *call centers*, dans les entrepôts des grands noms de l'e-commerce, le travail épuise, et continue parfois de faire souffrir. Ainsi, la montée du thème des risques psychosociaux a placé au premier rang les phénomènes de mal-être, de stress, de *burn-out*, de dépression, voire de suicide (Clot, 2015). À la lecture des nombreux travaux sur la montée de ces risques, un point d'importance ressort : une des protections les plus fortes contre ces risques se love au cœur même de ce qui fait qu'un métier, une fonction, un emploi présentent les caractéristiques d'un « vrai job ». Bien évidemment, elles peuvent

varier d'un individu à l'autre, mais dans l'ensemble, reconnaissance et autonomie au travail sont les maîtres mots d'un « vrai » travail, liés à la capacité à y trouver un sens, pour soi et avec les autres (Bidet, 2011).

Pour conclure, nous retenons que la question de la crise du sens au travail préexiste à la crise du Covid-19. La tertiarisation de l'économie, le caractère profondément distribué des activités de travail, le recours de plus en plus massif aux outils de gestion et le basculement vers la numérisation de quantités de processus de travail précèdent la pandémie. En revanche, la redécouverte d'activités essentielles et de première nécessité, souvent figurant en bas de l'échelle des salaires et du prestige, a ouvert une béance dans la représentation de ce qui fait société.

L'ESSENTIALITÉ DU TRAVAIL DANS LE CONTEXTE PANDÉMIQUE : UN TEST GRANDEUR NATURE

Le contexte pandémique a placé chacun-e face à des réflexions existentielles. L'isolement, la protection, l'éloignement, l'absence de contacts physiques, sociaux, l'enfermement de centaines de personnes âgées dans des EMS écrasés par la crise, la saturation des services de réanimation, l'impossibilité d'honorer les morts, la fermeture des lieux scolaires, des lieux de culture ont placé chacun-e face à l'expérience directe de ce qui fait société. Ce qui nous lie a été profondément altéré, le travail en fait partie.

Le travail à distance, pour des millions de collaborateurs et de collaboratrices, loin des autres, dans le silence ou au contraire le brouhaha de leurs foyers, a constitué une expérience inédite. Quelques mois auparavant, ce télétravail semblait encore réservé à une élite de cadres ou de jeunes talents travaillant par exemple dans des entreprises de la Tech, à la fois nomades et connectés-es. Des *happy few* autorisé-es à se soustraire à la supervision directe du management. À l'aise avec les outils numériques et parfaitement autonomes dans leur travail. De surcroît, ce travail à distance et

au sein de son domicile, rappelons-le, a toujours concerné un certain nombre de professions ou de métiers : travaux de traduction, corrections d'épreuves ou de copies, travaux à façon.

Les politiques de travail à domicile (en corrélation avec le développement des technologies de l'information) ont attiré les observations des sociologues depuis près de 20 ans (Largier, 2019). Des travaux avaient examiné l'importance de disposer d'un espace dédié à domicile et d'un équipement fonctionnant correctement (Belton & de Coninck, 2007 ; Wapshott & Mallett, 2012), y compris les options Virtual Private Network (VPN) ; le niveau d'autonomie sur le lieu de travail ; la possibilité de recevoir un retour de la part de ses superviseurs et superviseuses avaient été décrit-es comme des éléments cruciaux pour que le travail à domicile puisse être considéré comme une alternative positive.

Par ailleurs, même si une productivité accrue (Bloom, 2014) avait été documentée lors du travail à domicile, ce qui aurait pu amener certain-es employeurs et employeuses à cesser de douter du dévouement des employé-es travaillant à domicile, des travaux alertaient sur le fait que cette productivité accrue n'était pas corrélée à des promotions plus fréquentes. Les employé-es travaillant à domicile, moins visibles, faisaient l'objet d'une certaine négligence managériale. Un certain présentéisme demeurait donc de bonne stratégie, même si techniquement, grâce aux nouvelles technologies d'information et de communication, le travail à distance était possible et démontrait son efficacité.

De surcroît, les effets négatifs du travail à distance avaient déjà fait l'objet d'analyses (Bird, 2019) : une augmentation du stress et de l'inconfort (Van der Lippe & Lippényi, 2018), en particulier chez les jeunes femmes avec enfants travaillant à domicile (Shepherd-Banigan et al., 2016) avait attiré l'attention. D'autres travaux avaient déjà pu montrer que l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée risquait d'être mis à l'épreuve pendant les périodes de travail à domicile où des conflits peuvent surgir (Delanoëje et al., 2019).

Ces phénomènes n'ont pas manqué de se produire durant les longs mois de confinement dans de nombreux foyers. La vaste expérience en temps réel (et pour beaucoup totalement nouvelle) que de nombreuses organisations ont menée pendant cette crise offre déjà de nouveaux éléments sur ce sujet (Lane et al., 2020, Kniffin et al., 2021). Le fait de travailler à domicile avec des enfants non scolarisé-es ou ayant besoin d'attention pour leurs devoirs a exercé un stress énorme sur les familles (Widmer et al. 2020). Il ne fait aucun doute que les disparités économiques, sociales et entre les sexes ont joué un rôle amplificateur à cet égard. Enfin, cette crise montrera probablement que tout-es les employeurs et employeuses n'avaient pas atteint le même niveau de préparation lorsqu'il s'est agi d'organiser le travail à domicile.

Soudainement, être « essentiel-les » veut dire être au front, au contact, travailler dans les supermarchés, dans les magasins de première nécessité, faire rouler des trains, maintenir les infrastructures vitales nécessaires à la vie numérique, et bien sûr soigner dans les hôpitaux et prendre soin à domicile ou dans des établissements spécialisés, de millions de personnes âgées, parfois dépendantes, qui constituent plus du quart des populations européennes.

Le télétravail a perdu, d'un coup, de son exceptionnalité et de son prestige. Les métiers du contact obligatoire en ont-ils regagné pour autant, alors que l'exposition de ces métiers du contact à l'infection au coronavirus apparaît clairement dans les études épidémiologiques publiées en 2021 (i.e. pour la France : Aubert et al. 2020 ; Amosse et al. 2021) ? Comment chacun-e a-t-il ou elle vécu la place qui lui a été assignée ? Essentiel-le ou pas essentiel-le ? Est-ce important ou pas ce que je fais ? Mon travail continue-t-il d'avoir du sens ? Comment ai-je pu préserver ce qui, pour moi, constitue l'essentiel de mon travail, de ma fonction ? Comment maintenir le collectif quand le télétravail isole ? Les lignes ont bougé, est-ce que les cartes en ont été profondément rebattues pour autant ? Telles sont les questions auxquelles nos interlocuteurs et interlocutrices ont bien voulu répondre. Leurs

témoignages font l'objet de la troisième partie de ce chapitre. En quelques mots, voici dans les paragraphes qui suivent comment nous nous y sommes prises pour organiser ces *focus groups* en ligne.

LA CONCEPTION MÉTHODOLOGIQUE DES *FOCUS GROUPS*

À DISTANCE MAIS PAS TROP

Alors que nous commençons les préparatifs pour mettre en place ces *focus groups*, les autorités sanitaires suisses introduisent un second confinement le 1^{er} novembre 2020. La seconde vague éprouve le pays. En conséquence, les cours à l'Université de Genève basculent à nouveau en ligne et personne ne peut désormais organiser des activités collectives dans les bâtiments universitaires. Se pose alors la question de maintenir ou pas les *focus groups*. Collectivement, la décision est prise de les conserver et d'inviter des connaissances, des contacts, des interlocuteurs et interlocutrices croisé-es lors d'anciennes enquêtes à nous rejoindre par visioconférences.

Mener des *focus groups* avec des personnes hétérogènes et de secteurs d'activités très différents est en soi une difficulté. Les mener à distance, c'est-à-dire sans être à même de percevoir inconforts, agacements, sourires et hésitations, c'est-à-dire tout ce non verbal qui fait le sel habituel des *focus groups*, constitue également un deuxième défi de taille. Tirer un trait sur le recueil du non verbal oblige en quelque sorte à focaliser principalement sur les expressions verbales.

Muni-es de déclarations de consentements en amont, rédigés de telle façon que nous puissions utiliser les données dans nos publications, mais aussi avec à l'esprit la volonté d'établir une base de confiance solide, nous avons contacté des personnes de notre entourage amical et professionnel proche. L'équipe encadrante

comme le groupe des étudiant-es se sont mobilisé-es pour contacter des personnes travaillant dans les secteurs que nous avions prioritairement ciblés.

Une diversité de secteurs a été privilégiée, en lien avec la représentation objective de ces secteurs d'activités dans le canton de Genève³⁵. On retrouve donc dans nos *focus group* des personnes provenant des secteurs suivants : la banque, les organisations internationales, la restauration, l'alimentation, la culture, le sport, le transport aérien et l'aéroport, l'école et la petite enfance, l'événementiel, le transport ferroviaire, la justice, la police, les infrastructures critiques (eau, électricité), le secteur médical (hôpital comme cabinets en ville de spécialistes, ou pharmacie de quartier). De surcroît, chacun-e pouvait se présenter comme il ou elle l'entendait et choisir de déclarer ou pas son appartenance à telle ou telle organisation. Nous enregistrons les séances non pas via la plateforme de visioconférence, mais par une captation purement audio à côté sur un lecteur MP3. Cela permettait de garantir que des enregistrements audio et vidéo ne risquaient pas se retrouver stockés sur un cloud sans contrôle possible. Les étudiant-es les ont tous transcrits.

35 <https://www.travailler-en-suisse.ch/les-secteurs-qui-emploient-le-plus-a-geneve.html> (consulté le 14/9/2021)

Tableau 1 : Les participant-es aux quatre focus groups

	Secteur	Position	Nom Fictif	Date du <i>Focus Group</i>
1	Organisation internationale	Interprète de conférence	Susanna	2 novembre 2020
2	Organisation internationale	Chargée de programme	Héloïse	2 novembre 2020
3	Banque privée	Vérificatrice de fonds	Eliane	2 novembre 2020
4	Aéronautique	Contrôleur aérien	Michel	2 novembre 2020
5	ONG	Responsable RH	Ambre	2 novembre 2020
6	École primaire	Enseignante	Christine	2 novembre 2020
7	École de Yoga	Enseignante de yoga	Noémie	2 novembre 2020
8	Événementiel	Cadre	Etienne	2 novembre 2020
9	PME	CEO	Victor	5 novembre 2020
10	Restauration	Directeur financier	Patrick	5 novembre 2020
11	Crèche	Psychomotricien	Jonathan	5 novembre 2020
12	Crèche	Directrice	Catherine	5 novembre 2020
13	Étude d'avocat	Stagiaire	Anja	5 novembre 2020
14	Service public	Conducteur de train	Sébastien	5 novembre 2020
15	Construction	Directeur commercial	Alexandre	7 décembre 2020
16	SIG	Chef de groupe	Jacques	7 décembre 2020
17	Police municipale	Policier/cadre	Paul	7 décembre 2020
18	Secteur culturel	Directeur de théâtre	Johan	7 décembre 2020
19	Restauration	Fondateur du restaurant	Ulysse	7 décembre 2020
20	Fonction publique	Cheffe de projet	Sarah	7 décembre 2020

21	Grande distribution (Alimentaire)	Directrice de filiale	Angela	7 décembre 2020
22	Hôpital cantonal	Ex-chef de service	Pierre	22 mars 2021
23	Cabinet médical	Dentiste	Grégoire	22 mars 2021
24	Hôpital	Staff/chargé de mission	Marie	22 mars 2021
25	Hôpital	Infirmière	Cassandre	22 mars 2021
26	Pharmacie indépendante	Fondatrice	Carla	22 mars 2021
27	Hôpital local	Infirmière	Célia	22 mars 2021

En quelque sorte, nous avons cherché à neutraliser le plus possible cette distance technologique et physique en conviant des personnes avec lesquelles nous avons un lien d'interconnaissance préalable. Toutes les personnes, à l'exception d'une, nous étaient directement connues. En revanche, aucune de ces personnes ne se connaissait entre elles. À l'exception d'une fois, où deux personnes se sont reconnues lors du focus group, car elles avaient travaillé chez le même employeur des années auparavant. De façon à garantir des conditions idéales de réalisation, nous avons en réalité sélectionné complètement notre échantillon. C'est là une limite importante, qui toutefois a permis une parole sans doute plus libre durant l'entretien collectif.

MICRO-IMMERSIONS NUMÉRIQUES

Nous avons focalisé notre attention sur cinq types de questions que nous avons élaborés collectivement. Elles nous semblaient de nature à pouvoir lancer les participant-es à distance sur des thématiques liées au travail à un moment charnière de la crise : le premier confinement est déjà un peu loin, et en novembre, décembre 2020 et mars 2021, la deuxième vague est bien présente et n'en finit pas de s'étirer. La fin de la crise n'est pas en vue.

Les voici présentées ci-après :

1. Quels ont été les deux événements qui vous ont le plus marqués, au travail, durant la pandémie, depuis le printemps 2020 ?
2. Comment s'est organisée la protection des employé-es sur votre lieu de travail ?
3. Comment vous êtes-vous mobilisé-e pour assurer l'essentiel au sein de votre organisation ? Qu'a représenté « l'essentiel » dans votre travail et dans votre organisation ? Certaines tâches ont-elles pris le dessus par rapport à d'autres ?
4. Quelles sont les méthodes de travail qui ont vraiment aidé à faire face à la situation ? Comment votre travail a-t-il été reconfiguré durant la crise ? Comment les nouvelles mesures/adaptations ont-elles été communiquées dans les organisations dans lesquelles vous travaillez ?
5. Quelles sont les mesures de réorganisation qui, selon vous, vont devenir pérennes et quelles sont celles qui ont déjà été abandonnées ou qui le seront par la suite ?

Avec le recul de ces derniers mois, il est indéniable que ces témoignages sont traversés par la crise qui est en train de se dérouler. Chaque participant-e a partagé avec candeur et réflexivité un moment très privilégié d'auto-analyse sociologique collective. Comme si derrière ces écrans, ces fragments autoréflexifs, certes canalisés et suscités, avaient trouvé un lieu virtuel pour s'incarner et se faire écho les uns aux autres, tissant un fil narratif évident.

Sans aucun doute, le fait de sélectionner notre échantillon, et de pouvoir compter sur une interconnaissance dans les relations a influencé le recueil. Privilégier la fluidité de la dynamique de groupe a constitué une priorité. Empêché-es de pouvoir directement nous rendre dans de nombreuses organisations, de

pratiquer des entretiens en personne, des observations en situation, la mise au point de ce dispositif a permis de, malgré tout, collecter des témoignages pris sur le vif, à distance du premier confinement et en pleine seconde vague. Cette mise en conditions favorables rappelle les précautions des expériences « Hawthorne » menées dans les années 30 par Elton Mayo et son équipe (Gillepsie, 1991). De façon à maximiser les chances de succès de son expérience, il avait choisi son petit groupe d'ouvrières et, en faisant cela, avait véritablement changé leurs conditions ordinaires de travail, provoquant toute une série d'effets d'entraînement augmentant la productivité, là où pourtant l'équipe de chercheurs dégradait parfois leurs conditions objectives de travail. Cette expérience restée célèbre a donné son nom à ce que l'on appelle « l'effet Hawthorne ».

Bien évidemment, notre échantillon et notre collection de prises de parole restent limités. Même si la diversité des secteurs et des positions hiérarchiques était un objectif, toutes les activités ne sont pas représentées, pas plus que toutes les situations d'exercice du travail dans le Canton de Genève, en particulier, le secteur de l'économie informelle et le travail non déclaré.

LES CONDITIONS DU MAINTIEN DE L'ESSENTIEL AU TRAVAIL

Dans cette partie empirique, nous explorons en détail ces fragments de réflexion qui viennent mettre en lumière défis, surprises, et adaptations pour maintenir la continuité « du » travail et parfois « au » travail. Le recours au numérique se présente – sans grande surprise – comme la béquille absolue de la pandémie pour sa capacité à assurer, du moins, une partie du travail. Cependant, il ne faut pas gratter trop loin pour se rendre à l'évidence que « travail » et « sens du collectif », cet alliage subtil discuté dans la première partie de ce chapitre a été fortement bousculé pendant la pandémie. Il s'agit donc ici de faire sens de

cette réalité tout en relevant les tensions qui sous-tendent la bonne réalisation du travail en cette période extraordinaire.

LE BIG BANG NUMÉRIQUE DE LA VIE AU TRAVAIL : UNE TRANSITION FACILE POUR TOUT-ES ?

Dans la première partie des résultats, nous soulignons les grandes réussites du Big Bang numérique de la vie au travail. La transition du travail « en ligne » grâce aux outils numériques s'est faite de manière harmonieuse : Nos interlocuteurs et interlocutrices y ont même appris de nouvelles compétences ; ils et elles se sont réorganisées au mieux chez elles moyennant certains réaménagements. Ce sont précisément ces idées que nous développons ci-après.

Une belle surprise

Dans une majorité des cas, ce qu'ont révélé les entretiens collectifs, c'est que le basculement du travail en ligne s'est fait de manière – étonnamment – facile. Cette observation vaut tout particulièrement pour les métiers et fonctions dédiées au travail de bureau. Deux tendances se dessinent pour comprendre une transition vécue comme aisée vers le numérique à plein temps.

D'une part, les entretiens collectifs reviennent sur la motivation, la « présence » et la bonne volonté des collaborateurs et collaboratrices. Les mots employés sont ceux de « résilients » et de « bonne composition ».

« Je me rends compte que les gens ont quand même fait beaucoup d'efforts. Et puis, tout le monde a répondu présent avec une gestion qui était assez intéressante, même s'il manquait le côté convivial. (...). Et puis voilà, je trouvais que les gens étaient effectivement très

résilients par rapport à tout ça et de bonnes compositions. » (Sarah)

Cette tendance s'est confirmée pour des personnes pour lesquelles le travail s'effectue *de facto* sur ordinateur. D'autre part, cette transition quelque peu brutale s'est trouvée facilitée grâce aux outils numériques déjà mis en place préalablement. Dans la plupart des organisations, les collaborateurs et collaboratrices réalisaient leur travail depuis quelques décennies grâce à des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ; ils et elles disposent d'un ordinateur, voire d'un ordinateur portable à déposer sur une *dock station* une fois arrivé-es sur le lieu de travail, comme le précise Sébastien. Par ailleurs, certaines organisations avaient déjà envisagé le télétravail dans certains cas, où les outils numériques permettaient le travail en ligne et donc à distance.

Beaucoup s'attardent sur le moment de leur prise de conscience que d'une part « les outils fonctionnent très bien à la maison », comme le relate Sébastien, mêlé d'autre part à un sentiment « d'euphorie hallucinante », dans les mots d'Alexandre, car le travail allait pouvoir perdurer. Cet accueil positif vers le basculement en ligne est tout particulièrement loué par les représentant-es des secteurs des organisations internationales, de la banque privée et des petites et moyennes sociétés.

Le défi, toutefois, portait sur le fait de devoir basculer toute une équipe du jour au lendemain en *home office*. L'épreuve technique sans précédent consistait à garantir l'accès simultané à des serveurs communs, afin de traiter un volume de données conséquent. Cette considération a affecté tout particulièrement l'agence de communication de Victor, une société de taille moyenne, qui développe du matériel graphique. La hantise que le travail sur ordinateur fût susceptible de s'effondrer – comme danger inhérent – si le serveur venait à « crasher » l'inquiète quelque peu.

Ce que la réussite du basculement en télétravail révèle, c'est aussi le changement de discours provenant de la hiérarchie, vis-à-vis de personnes demandeuses d'une flexibilité au travail. Même si le télétravail ne constituait pas l'une des dimensions de la culture organisationnelle pour la plupart des représentant-es des organisations avec lesquelles nous nous sommes entretenu-es, le confinement a rendu visibles des revendications provenant de collaborateurs et collaboratrices. Patrick nous confie être passé d'un discours anti-télétravail, par crainte de réduire l'efficacité du travail, à un discours plus flexible, où il se sent pouvoir laisser une plus grande marge de manœuvre, « ce qui avant la pandémie n'était pas du tout une option pour moi ». D'autres, comme Anja, font état d'un sentiment de soulagement de ne pas être tenu-e de se déplacer à l'autre bout de la Suisse et de pouvoir bénéficier d'un gain de temps et d'énergie en maintenant une communication en ligne. Soit, mais qu'a-t-il fallu mettre en place pour permettre au travail de se maintenir dans ces nouvelles conditions ? Un retour en arrière, est-il dorénavant réellement possible ?

De nouvelles pratiques et compétences s'inventent

En période de crise, il est fréquent de constater que les rôles se redistribuent et se redéfinissent (Ansell et Keller, 2014). Cette réallocation permet de créer du sens pour soi et pour les autres sur ce que l'on vit et endure (Weick, 1993). Ces réarrangements s'incarnent dans de nouvelles pratiques pour répondre aux nouvelles règles sanitaires ou dans de nouveaux rôles qui engendrent de nouvelles tâches. Les interlocuteurs et interlocutrices ont soulevé la complémentarité de ces tâches avec d'anciennes, mais parfois, elles ont aussi purement et simplement relevé du registre de l'innovation en rupture avec le passé.

En ce qui concerne les pratiques, la plupart des personnes interviewées nous ont révélé de nouvelles pratiques mises en place pour répondre aux exigences sanitaires imposées par leur

organisation. Hormis le gel hydroalcoolique dans un premier temps, accompagné par le port du masque dans un deuxième temps, il s'agissait par exemple d'instaurer un tournus entre les équipes pour maintenir du personnel dans les locaux comme, nous l'explique Eliane : « Toutes les équipes ont été *splittées* en deux, et chaque semaine on fait un tournus. Une semaine on reste à la maison et une semaine on va au bureau ». Certaines entreprises ont décidé « d'installer du plexi entre les places de travail », comme le décrit Victor.

« On remplissait des tableaux Excel pour dire quel jour on venait au travail. Par contre, dans mon organisation, comme dans beaucoup d'organisations onusiennes, le télétravail ne faisait absolument pas partie de la culture de l'organisation, ça a été très compliqué à mettre en place, avec beaucoup de résistance de la part de la hiérarchie, mais pas de la part des travailleurs, parce qu'on était finalement relativement contents d'être à la maison, pour des raisons personnelles et aussi sanitaires. » (Héloïse)

En ce qui concerne les compétences en se centrant uniquement au niveau individuel, le changement fulgurant porte en premier lieu sur les compétences acquises grâce aux TIC. On peut parler d'*upskilling* dans ce contexte. Jimmy Clerc dans le chapitre 10 restitue clairement les enjeux autour du basculement en ligne des cours donnés par les professeur-es et enseignant-es à l'Université de Genève. Nous y reconnaissons des similarités avec des personnes travaillant dans d'autres secteurs d'activité.

« Pour moi ce qui a changé, pourtant je ne suis pas très vieux, mais je trouve que cette crise a été un formidable accélérateur de mes compétences informatiques, comme le logiciel d'aujourd'hui Zoom, que je ne connaissais absolument pas, SharePoint, Teams, sur tous ces sujets, j'ai beaucoup appris, et franchement au début c'était un peu compliqué, donc chapeau à tous ceux qui s'y sont mis de l'ancienne génération parce que ce n'est pas si simple quand même du jour au lendemain de s'y mettre. » (Alexandre)

Pour certaines personnes et dans le cadre de certains métiers, l'acquisition d'outils numériques ne semblait pas nécessaire ou du moins pressante avant la pandémie. Ils se révèlent pourtant essentiels à la traversée de la pandémie.

Deuxièmement, les collaborateurs et collaboratrices ont attiré l'attention sur un élargissement des rôles incarnés. En plus d'être gestionnaire d'un magasin d'alimentation d'une célèbre enseigne, Angela, par exemple, a endossé le rôle d'accompagnatrice, se positionnant avec « pédagogie » et « en soutien » pour traduire les directives des autorités sanitaires et aider à l'implémentation de celles-ci dans son magasin, auprès de son personnel. Même si cela paraît être l'un des rôles attendus d'un-e gestionnaire, Angela met l'accent sur le travail de soutien plus important qu'elle a dû incarner. Son expérience montre le caractère exceptionnel de la pandémie et donc l'importance d'une facette de son rôle qu'elle n'avait sans doute pas exploité avec la même intensité auparavant. Cette analyse fait inévitablement écho au rôle « augmenté » des médecins généralistes vis-à-vis de leurs patient-es « à risque » – relaté dans le chapitre 6 de Fantine Gicquel.

Troisièmement, et pour maintenir plus précisément la mission principale de l'organisation, tous les collaborateurs et toutes les collaboratrices sont susceptibles de se voir réattribuer des rôles par la hiérarchie. Ainsi une entreprise dans l'événementiel a su permuter ses événements via les plateformes numériques, a reformé ses équipes sur des événements digitaux, et a transformé ses locaux, passant de l'*open space* classique au studio d'enregistrement, en démontant les bureaux et en installant des cloisons et les rideaux noirs avec fonds verts. De la même manière, une école de yoga a profité de l'accroissement des compétences numériques de ses professeur-es pour basculer les cours en ligne. Un théâtre, fermé, a vu ses artistes créer de nouveaux contenus, dans de nouveaux formats, comme des capsules vidéo diffusées via les réseaux sociaux ou des podcasts pour la période des fêtes de fin d'année. Par ailleurs, monter en compétences ne passe pas forcément que par le numérique: les

serveurs et serveuses en salle sont devenu-es des aides en cuisine ; le propriétaire d'un restaurant est devenu le livreur pour des personnes incapables d'utiliser les applications du monde « ubérisé », comme en témoigne Ulysse ; le directeur du théâtre a créé une nouvelle fonction en nommant une responsable du Covid-19 pour penser l'implémentation des mesures sanitaires continuellement modifiées par le contexte ; les caissiers et les caissières se sont transformés en « étalagistes » et « restitutrices » de colis.

Les montées en compétences numériques, qu'elles soient au niveau individuel, ou au niveau de l'organisation, et les changements de pratiques induites, ont permis d'assurer la mission primaire de ces organisations. Nous verrons ci-après que ce Big Bang numérique, porteur de nouvelles compétences, peut aussi avoir un effet pervers sur la délimitation entre vie privée et vie professionnelle. C'est un phénomène déjà identifié par les études sociologiques avant la pandémie.

S'organiser chez soi : aménager la porosité des mondes

Travailler depuis chez soi n'est pas apparu soudainement pendant la crise sanitaire. Se remettre au travail le soir, chez soi, pour finaliser des tâches ponctuelles ou récurrentes se pratiquait déjà largement avant la pandémie, tout particulièrement pour des personnes devant porter différentes casquettes, avec différentes charges et responsabilités. Il s'agit d'étudiant-es, par exemple, travaillant le soir après une journée d'étude, dans le cas d'Ulysse, ou de parents qui se replongent dans leurs dossiers une fois les enfants couchés chez Héloïse.

Cependant les situations sont contrastées. À un extrême, Eliane, célibataire, reconnaît rapidement que le télétravail, sans enfant, est un luxe qui lui permet de gérer son travail loin des regards des collègues et des chef-fes. À l'autre extrême, Héloïse

et Victor, jeunes parents, confient les défis autour de la gestion du travail dans la sphère privée, avec des enfants occupant les mêmes espaces. Il s'agit donc de trouver des arrangements de travail, comme l'échange de demi-journées entre partenaires. Cette période est souvent qualifiée d'extraordinaire et de particulière, dans la mesure où tout « s'est marché dessus, le pro et le non professionnel », comme l'explique Victor.

« Moi j'ai un souvenir assez marquant, c'est la première semaine de *home office* avec ma femme et mes enfants où je pense qu'on n'est pas passé loin du divorce alors je mets des guillemets, mais c'est vrai qu'on a essayé de gérer, et le travail et les enfants tout en même temps, ce qui est devenu très, très compliqué. » (Victor)

Cette porosité des mondes, visible au grand jour, du jour au lendemain, permet aux collègues de reconnaître – souvent avec bienveillance et empathie, parfois avec agacement – les défis familiaux auxquels sont confronté-es certain-es de leurs collègues. Toutefois, les entretiens ne laissent pas entendre que la reconnaissance de cette porosité a permis aux individus de revendiquer une limite plus claire entre le temps dédié au travail et le temps « off ». Exception faite d'Anja qui revendique des périodes de travail plus strictes pour donner un signal fort à l'organisation, pour laquelle elle travaille seulement à temps partiel suite à la réduction d'horaire de travail (RHT), de ne pas tricher.

« J'étais mise en RHT (...) mais ils exigeaient quand même que je sois joignable ou que je relève mes mails sans arrêt ce qui fait, en fait, que je devais travailler à 100%. Simplement ce qu'ils voulaient, c'était de déclarer uniquement les heures où j'avais du travail effectif. Ça, c'est un problème, enfin, ça n'avait aucun sens. Donc là, je me suis moi-même aménagée le temps, c'est-à-dire que j'allais relever mon courriel une fois à 8 heures le matin et une fois à 14 heures. Si je n'avais pas des tâches précises à faire pour la matinée ou l'après-midi en question, je ne travaillais pas. Je ne me reconnectais pas à mon

ordinateur, parce que, sinon, c'était ingérable pour moi. Donc c'est vrai que je me suis aménagée toute seule parce que je trouvais que ce n'était pas normal qu'ils fassent peser mon salaire en partie sur le chômage, alors que j'étais à leur disposition – enfin qu'ils exigeaient que je sois à leur disposition. » (Anja)

Toutefois, d'autres remarquent que la tendance à travailler en continu est exacerbée par les outils qui permettent cette continuité. Il est par exemple plus difficile de se défaire de « collègues intrusifs » :

« Une fois qu'ils t'ont coincé sur Zoom, tu peux plus t'en défaire. Au moins quand tu es dans une entreprise tu peux les éviter, tu vas te planquer aux chiottes, enfin tu restes dans l'ascenseur, égal. Mais une fois que t'es coincée avec quelqu'un qui te prend la tête sur un Zoom, t'es bloquée. » (Noémie)

Il est aussi délicat d'ignorer des messages WhatsApp « utilisés pour faire en sorte que les gens répondent... Et vous ne pouvez pas [rire] bloquer la personne parce qu'elle se remet par d'autres moyens, elle vous envoie des SMS », relate Michel.

Alors que l'enchevêtrement des mondes semble être devenu la norme, il existe de rares cas, à l'extrême inverse, où les individus ont été obligés de créer volontairement une limite claire, se coupant totalement de leur vie personnelle pour vivre à proximité de leur lieu de travail. Cassandre est infirmière à l'hôpital du Canton de Genève et elle confie :

« Moi, j'ai mis entre parenthèses ma vie personnelle puisque j'ai trouvé un logement à proximité de mon travail, pour ne pas rentrer à la maison, pour ne pas exposer ma famille à l'éventuel Covid qu'on ne connaissait pas sur la première vague. » (Cassandre)

Dire que la tendance au repli sur l'espace privé est générale est donc à nuancer. Ce qui transparaît surtout c'est l'intensité autour de l'imperméabilité des mondes.

QUAND LE NUMÉRIQUE NE RÉSOUT PAS TOUT

Alors que le recours aux outils numériques a été massif, nous avons vu que la réorganisation du travail chez soi a laissé entrevoir des défis pour certain-es. Cette deuxième partie revient sur une réalité bien connue : le numérique ne résout pas tout. Il s'agit ici de présenter les gageures du travail en temps de pandémie et de sa continuité, lorsque le travail : (i) doit se faire « au » travail, et que les prouesses du numérique ne suffisent pas, (ii) s'abîme par un manque de spontanéité dans les échanges avec des personnes connues et par la très grande difficulté à créer de nouveaux liens et (iii) se dégrade par l'atrophie des sens qui permettent d'habitude sa correcte réalisation.

Quand le télétravail n'est pas possible pour tout le monde

Tandis que de nombreux métiers se réalisent grâce au travail dit « de bureau », où la transition vers le télétravail s'est faite de manière aisée, il existe une pléthore de métiers pour lesquels le format du télétravail, à l'ère de la numérisation et de la pandémie, n'a tout simplement pas été possible. Alors que le travail continuait inlassablement en ligne pour le travail de bureau, comment penser la continuité lorsque le télétravail n'est pas une option viable ?

Lorsque la distance n'était pas une option, certaines personnes ont été enjointes, parfois avec l'aide de la hiérarchie, de réaménager leur travail. Typiquement dans le secteur de l'aéronautique, les contrôleurs et contrôleuses aérien-nes et technicien-nes ont maintenu leurs activités à l'aéroport, tout en

réduisant le nombre de personnes présentes dû à la chute du nombre de vols engendrés par la fermeture des frontières nationales. Dans d'autres cas, il a fallu établir des priorités : certaines activités ont été reconnues comme plus essentielles que d'autres pour maintenir la mission principale de l'organisation. Par exemple, en ce qui concerne la distribution de l'eau dans le Canton de Genève, le choix a été fait de seulement réparer les installations défectueuses en laissant de côté temporairement les activités de maintenance préventive et prédictive.

D'autre part, la continuité du travail n'est pas seulement une question de priorités, mais relève parfois d'enjeux éthiques pour garantir le maintien de l'activité « au plus près ». C'est le cas des avocat-es, qui échangent des données sensibles et doivent désormais veiller à ne pas les voir compromises une fois en ligne. La numérisation du monde juridique est donc très faible et les échanges en présence se sont maintenus le plus possible. L'enjeu éthique se pose aussi pour la continuité de l'éducation primaire. Comment maintenir une instruction de qualité en ligne si les élèves du cursus de l'école obligatoire publique n'ont pas accès à des ordinateurs à domicile ni à des espaces appropriés pour leurs apprentissages ? En d'autres termes, comment dans l'urgence tenir compte de la fracture numérique accentuée par le creusement des inégalités sociales ? Christine a choisi de donner des devoirs à la maison à ses élèves, tout en gardant une permanence dans les bâtiments scolaires pour recevoir les personnes (parents comme enfants) dont le besoin d'encadrement semblait urgent.

Le travail s'abîme

La spontanéité dans les échanges « au » travail « pour » le travail, ainsi que les liens « se créant » de façon à effectuer correctement le travail ont été mis à rude épreuve avec le basculement

numérique. Autrement dit, le travail en ligne a pu dans certains cas abîmer le travail.

Eliane, employée d'une grande banque en tant que vérificatrice de fonds, met le doigt sur l'essentiel dans une fonction et un secteur comme le sien. Dans la mesure où l'autonomie dans les tâches est grande, le soutien entre pairs et la possibilité de parler de son portefeuille de cas sont indispensables à la réalisation d'un travail de qualité et satisfaisant pour l'employée. Pour Eliane, l'essentiel « c'est de ne pas perdre contact avec nos collègues ». Puisque les chef-fes attribuent à chaque employé-e des cas à réaliser individuellement, « on n'a pas besoin d'être ensemble », mais avant la crise « on parlait des cas [ensemble] oralement ». Avec la crise et l'alternance des présences mise en place par la banque, « le fait que la moitié soit à la maison, la moitié au bureau, ça a coupé nos liens. [Tandis qu'] on parlait des cas oralement, là on ne peut plus le faire parce qu'on ne veut pas déranger au téléphone ». Les interactions spontanées n'existent plus, ou du moins difficilement avec les outils numériques, indique Héloïse. Se connecter sur Zoom pour un échange spontané n'est pas si facile. Pour Sarah, organiser une séance avec 60 magistrat-es avec WebEx, qui d'habitude aurait viré à une série d'interactions informelles à l'approche de la verrée de fin de réunion, n'a pas très bien réussi en ligne malgré un effort pour dynamiser la réunion avec des prises de paroles spontanées.

Nos entretiens collectifs poussent encore plus loin la question des liens, surtout celle de leur création « dans » le travail pour assurer la mission de l'activité. L'utilisation de plateformes de vidéoconférences est un cas emblématique, car elle illustre parfaitement la manière dont le travail s'abîme. Selon Victor et Alexandre, le maintien des liens « dans » le travail ne peut se faire à distance via les plateformes que si des liens interpersonnels suffisamment solides préexistent. Au contraire, établir de nouveaux liens, de nouvelles « connexions, de nouveaux rapports avec les gens, c'est pratiquement impossible », explique Victor. Cette observation se confirme pour des métiers ou des fonctions,

tels que directeur et directrice commercial-e, ou PDG d'une société, où le travail principal se caractérise par la rencontre de potentiel-les client-es, autour d'un café ou autour d'un repas dans un restaurant, ou sur les lieux de travail.

Les sens s'atrophient

Quand bien même le télétravail et les mesures sanitaires mises en place ont permis de maintenir de la continuité dans les services et de la diligence dans les biens à distribuer et échanger, la dimension sensorielle de la vie en général et au travail en particulier a manqué à nombre des interlocuteurs et interlocutrices. C'est ce que nous révèlent les entretiens, tout particulièrement dans le secteur de l'interprétation sur le vif, dans celui de l'enseignement et celui de la restauration et de la culture.

Derrière les écrans, trois métiers ont souffert tout particulièrement. Au théâtre, les « fondamentaux » sont touchés. Comme l'explique Johan : l'échange, le partage, la convivialité et « cette chose qui se passe sans écran justement, parce que c'est différent que le cinéma », ont été mis en péril. Dans l'enseignement du yoga, Noémie décrit comment le repositionnement des corps mal placés qui passe par le toucher pour une acquisition juste et précise des postures n'est plus possible. L'enseignante est amenée à se remémorer tous les empêchements corporels de ses élèves, afin que les personnes ne se blessent pas alors qu'elle ne peut plus délicatement repositionner et bien observer les conditions des corps animés. Elle a adapté les postures enseignées en ligne pour éviter que les personnes ne se blessent au cours de leurs séances de pratique en ligne. Dans l'interprétation de conférences et de négociations intergouvernementales pour Susanna, le travail en ligne devient beaucoup plus fastidieux pour deux raisons cruciales. D'une part, le son numérique « écrase » les sons aigus et graves qui permettent de comprendre les intonations des personnes interprétées.

D'autre part, l'écran efface la vue directe sur la salle où se déroule une réunion, une information clé pour la qualité du travail, car elle rend compte de l'ambiance d'une salle. En effet, ce sont précisément les interactions non verbales qui aident à saisir une ambiance depuis sa cabine d'interprète, comme les mouvements des individus qui se lèvent, déambulent et interagissent avec d'autres.

Derrière les masques, et les restrictions autour du toucher, on assiste également à une forme d'écran. Ulysse a expliqué que les restaurateurs et restauratrices se voyaient privé-es d'accueillir « proprement », sans pouvoir transmettre un sourire, ou ouvrir les portes de leur commerce. Alors que le masque diminue le sens de la vue, en invisibilisant les mimiques d'accueil du faciès, le goût et l'odorat sont tout autant mis à mal. En cuisine, on ne peut même plus sentir et goûter les plats préparés avant la mise en vente, précise-t-il.

Les sensations du goût, du toucher et de l'odorat ne passent pas (encore) par la dimension numérique, et celle du goût et de l'odorat ont été considérablement dégradées par le port du masque. Ainsi, la capacité à saisir au plus près et au plus « juste » les sons, les regards, via les plateformes de communication et derrière les masques est mise en question. L'atrophie des sens bouleverse des corps de métiers jusque dans leur essence. Autrement dit, la perte des sensations « au plus près de l'activité » fait perdre du sens au travail.

Les ordinateurs et les TIC permettent d'échanger et d'assurer a minima le travail, surtout s'il s'agit d'un travail de bureau, mais il s'agit pour certain-es d'un travail « sans qualité » (Sennett, 1998). Pour certains corps de métier représentés dans nos entretiens collectifs, l'essentiel du travail perd en intensité et en qualité lorsque la dimension sensorielle est restreinte, ou perdue. Autrement dit, le travail ne pourra retrouver son sens qu'à condition d'y retrouver la palette des sens. Si s'orienter par les

sens dans le travail a été rendu difficile, maintenir la dimension profondément collective du travail a aussi relevé d'une gageure.

EST-CE QUE SAUVER L'ESSENTIEL ÉQUIVAUT À SAUVER LE COLLECTIF ?

Dans cette troisième et dernière partie, il s'agit d'identifier quand sauver l'essentiel ne peut se passer de cultiver la dimension collective du travail. En d'autres mots, quels sont les défis et les stratégies qui permettent de maintenir le collectif, plus particulièrement lorsque l'essentiel est précisément le collectif, malgré l'éloignement.

Quand maintenir l'essentiel c'est d'abord maintenir le lien avec d'autres

Pour certains métiers, l'essentiel repose sur l'accueil et/ou l'encadrement d'un type de public par des moments d'« écoute privilégiée », comme le suggère Christine, où le sens du collectif et les liens sont ceux construits et nourris pour et avec les bénéficiaires, les usagers/ères, les client-es ou le public. Il s'agit notamment de maintenir l'accueil de jeunes enfants dans le cas de Jonathan et de Catherine ; de privilégier des moments d'écoute et de liens avec les familles pour les enseignant-es des classes d'élèves dans le cycle primaire, comme les a établis Christine; de servir des bons plats en accueillant avec un sourire dans le restaurant d'Ulysse, de transmettre des émotions et des sentiments au public par le jeu d'acteurs au théâtre de Johan, de garder le lien avec des bénéficiaires pour s'assurer que ceux et celles-ci se verront proposer des activités utiles et de qualité par Héloïse.

Pour d'autres, sauver l'essentiel équivaut à sauver la mission fondamentale du métier qui est toute tournée vers le collectif.

Autrement dit, l'essentiel, ce sont les collègues ou le public. Un exemple frappant se trouve dans le métier de directeur financier d'une entreprise, où Patrick raconte que « l'essentiel, c'était de s'occuper des finances de l'entreprise, c'est-à-dire de faire les demandes nécessaires auprès de la Confédération, auprès des banques par lesquelles nous pouvions bénéficier des prêts Covid, mais aussi [faire] les demandes pour le chômage partiel pour finalement assurer que les employés reçoivent leur salaire en fin de mois ». Il en va de même pour les comédien-nes. Johan, directeur de théâtre, partage le moment d'une scène où ses comédien-nes – pris-es par leur mission fondamentale, celle d'incarner un personnage – enfreignent les règles sanitaires pour sauver l'essentiel de leur métier.

« Je prendrais l'exemple du baiser de Roxane et Christian dans Cyrano, c'est très difficile de s'en passer, il y a un moment donné ils sont sur le balcon, tout le monde les regarde, il y a Cyrano tout penaud en bas du balcon et qui évidemment est désespéré et moi j'ai dit à la comédienne, au comédien « vous ne vous embrassez pas, on ne peut pas faire ça, ce n'est pas possible je ne peux pas vous demander ça, je ne le ferais pas ». Et en fait, le soir de la générale qui était filmée par la RTS et tout ça, ils se sont embrassés. Ils ont discuté entre eux et se sont mis d'accord entre eux de faire ça mais moi je n'allais pas interrompre le spectacle en disant : 'Mais arrêtez, vous n'auriez pas dû'. Et dans ce cas-là on joue forcément avec des limites, mais que moi je ne peux pas imposer et que je n'imposerais jamais. » (Johan)

Zoom est-il assez collectif ?

Jusque-là, nous avons présenté dans un premier temps une transition facile vers le télétravail, grâce aux outils numériques pour des fonctions, métiers et secteurs où l'ordinateur est le principal outil de travail, agrémenté de son cortège de TIC. Ce qui est possible pour ceux et celles qui manient du code, des chiffres

et des tableaux Excel ou de l'information et de la connaissance l'est bien moins pour les autres secteurs. Néanmoins, il a fallu reconnaître, tant pour les chercheurs/euses que nous sommes que pour les participant-es, que cette option du tout à distance a rencontré des limites. Nous avons nuancé dans un deuxième temps cette réussite en repérant plus finement les effets de la distance sur le travail. De façon encore plus précise, nos interlocuteurs et interlocutrices ont tenu à souligner que l'utilisation massive des plateformes de communication en ligne a certes permis de maintenir les activités collectives, en pratique. Néanmoins, elles ont pu alourdir la pression au travail, provoquant toutes sortes d'effets délétères sur la santé mentale. Ce sont là des effets de débordement, bien connus des chercheurs et chercheuses en ergonomie cognitive qui, dès les années 1990, forgent le concept de *cognitive overflow* syndrome (Lahlou, 2002). Voici l'analyse qu'en fait Héloïse :

« Dans mon travail quotidien, à la place d'interactions plus ou moins spontanées qui pouvaient être on se croise dans un couloir on discute cinq minutes, on va prendre un café, on prend son téléphone et on discute...maintenant toutes ces interactions sont planifiées. Au lieu de décrocher son téléphone, on prévoit un appel Zoom avec son collègue, on prévoit de se voir tel jour à telle heure, etc. Et du coup j'ai l'impression d'avoir six réunions par jour. Quand avant j'avais une seule réunion et après des interactions plus ou moins non planifiées, maintenant j'ai l'impression de n'avoir que des réunions. Ça a un côté plus efficace, parce que quand on prévoit vraiment l'interaction et qu'on a vraiment un thème pour se parler on peut aller à l'essentiel et décider de choses...de choses plus concrètes. Mais je trouve que c'est assez fatigant...physiquement et intellectuellement, parce que j'ai vraiment l'impression de n'avoir que des réunions que je dois préparer. Et au final je me sens plus fatiguée à la fin de la journée que dans une journée de travail normal. » (Héloïse)

La réalisation que la coordination à distance est chronophage pèse lourd sur le moral de certains individus. Maintenir les activités collectives malgré la distance s'est avéré délicat. Dans de nombreux secteurs, la dimension collective du travail corrodée, parfois broyée par le télétravail est venue une nouvelle fois s'inviter dans le débat : le travail n'équivaut pas à la réalisation de tâches les unes derrière les autres. Le travail est une affaire collective, et c'est là tout son sens.

Nouvelles solidarités : Quand les barrières hiérarchiques tombent

Pour certain-es participant-es, cette crise a profondément bousculé les positions hiérarchiques, redistribuant les rôles ou les élargissant. Cette remise en question touche tout particulièrement les personnes en situation de commandement : à en croire Johan, par exemple, directeur de théâtre et Angela directrice d'une surface de vente dans une enseigne de la grande distribution alimentaire, la hiérarchie s'est fortement aplanie. Le statut est passé au second plan :

« Je n'étais plus le directeur, mais simplement un homme qui essaie de réfléchir à comment le théâtre pouvait réagir dans ce moment particulier que nous traversons et face à des êtres humains qui étaient en complète horizontalité avec moi dans les décisions à venir ». (Johan)

Et Angela de renchérir :

« J'avais beaucoup de Zooms et d'échanges comme ça avec les différents services, mais voilà, c'est plus une grande famille, en fait, il n'y a plus d'hiérarchie. On est tous dans le même bain en fait. Il y a beaucoup moins d'étages à franchir, ce n'est plus la hiérarchie comme on la connaissait avant, on est tous dans le même bateau ».

Est-ce que cette horizontalité dans les rapports hiérarchiques est amenée à perdurer, se demandent certain-es ? Sarah, cheffe de projet dans la fonction publique espère que les mentalités vont changer, surtout en termes de management et de regard sur le télétravail.

Etienne, qui fait partie de l'équipe managériale de son entreprise reconnaît aussi l'aplanissement de la hiérarchie dans le secteur de l'événementiel. La part d'« humanisme » dans le discours rassurant de son directeur, privilégiant la communication à l'interne de manière fluide semble être pour lui un signal clair que l'essentiel, c'était de préserver le collectif au travail, les client-es passant au second plan.

D'autres en revanche, dans le secteur aéronautique ou dans le secteur judiciaire n'ont pas perçu un tel aplanissement de la ligne hiérarchique. Parfois, même l'usage de plateformes de communication instantanée est venu renforcer le poids de la hiérarchie. Michel explique : « Nos chefs directs ont commencé à communiquer avec nous par WhatsApp. On ne leur a jamais demandé de nous écrire des WhatsApp, mais vu que tout le monde a son numéro de portable et doit le déposer au cas où on doit le contacter, donc cela a été utilisé pour faire en sorte que les gens répondent ».

Cultiver la solidarité

Maintenir vivant le collectif malgré la distance a réclamé souvent des gestes et des efforts particuliers. Catherine y a apporté un soin particulier :

« On a une équipe très soudée, et on a essayé pendant toutes les semaines de pandémie de garder ce lien, parce qu'effectivement ça nous paraît essentiel de garder le lien dans l'équipe. Et je crois que c'est ce lien qui a permis de gérer toutes les difficultés qui sont arrivées derrière. »

Certain-es ont dû faire preuve de créativité. Cela a réussi à Victor qui a mis en place le « kit du confiné » pour ses collaborateurs et collaboratrices :

« J’ai travaillé avec un ami qui a une ferme à Satigny. On a fait un kit avec plein de produits genevois - des bouteilles, des pâtes, des biscuits d’apéro. (...). Puis, en fait on a fait un apéro Teams tous ensemble assez vite dans le cadre du premier confinement. C’est vrai que c’était assez sympa. »

Parfois, la dimension affective devient une nouvelle raison d’être. C’est le cas d’Angela, dans la grande distribution qui raconte comment elle s’est dévouée à une partie de la population estudiantine, notamment étrangère, qui fréquente habituellement son magasin et qui soudainement ne pouvait plus rentrer chez elle. À cet effet, elle avait préparé des sacs « réconfortants, avec du chocolat, des boissons », manifestant son empathie.

Reconnaître que le collectif passe par l’échange et la solidarité, en restant uni-es face à l’adversité et en se positionnant en soutien émotionnel permet de faire sens de son travail. Les organisations au sein desquelles le collectif au travail est l’essentiel du travail ont dû innover pour maintenir et cultiver durablement les liens internes entre collaborateurs et collaboratrices.

CONCLUSION

En conclusion de ce chapitre, ces observations confirment en règle générale les travaux des sociologues du travail et des organisations présenté-es en première partie. À une nuance près, celles-ci invitent à poursuivre les investigations. À la question de savoir comment l’essentiel au travail a pu être réactualisé par la crise pandémique nous répondons à l’aide de cinq constats.

Le premier constat renvoie au fait que le travail de bureau a vécu dans les dernières années une accélération numérique très

importante. Ce point permet d'expliquer pourquoi ce passage massif au télétravail a pu se faire pour beaucoup d'individus et d'organisations sans trop de difficultés. Les outils informatiques, logiciels, progiciels et les TIC faisaient partie de l'arsenal de nombreux employé-es. Ils ont donc été rapidement mis à profit et un effort d'apprentissage supplémentaire a eu lieu pour maîtriser davantage la palette d'outils à disposition.

Deuxième constat, toutes les activités ne peuvent se faire depuis un bureau. Si les tâches de calcul, d'écriture, de suivi, de *reporting*, ou l'établissement de contrats peuvent être réalisées sans difficulté à distance, d'autres activités qui nécessitent du contact (car les bénéficiaires ont besoin d'être guidé-es et accueilli-es) ont dû se faire parfois dans un mode dégradé. Ceux et celles qui ont dû complètement interrompre la réception de leurs publics dans les lieux culturels ou d'enseignement en ont particulièrement souffert.

Troisième constat, l'échange fluide des idées, la sérendipité, adossée à une cognition située et distribuée qui est si importante dans de nombreux secteurs, ont pâti à la longue. Si les fonctions de routine ont pu être assurées, celles réclamant engagement des corps et des esprits et créativité ont rencontré plus de difficulté dans l'élaboration de propositions nouvelles, à l'exception, des inventions nées de l'urgence, nécessitées par les circonstances. Nous resterons d'ailleurs tout spécialement attentifs/ves à la manière dont ces dispositions organisationnelles d'urgence et ses inventions de crise perdureront dans le futur.

Quatrième constat, les parents qui avaient la charge de jeunes enfants dans leurs foyers ont exprimé leurs difficultés, prolongeant ainsi les alertes et les constats faits par les sociologues depuis longtemps : le télétravail peut être risqué, si rien ne change dans la répartition des tâches au sein des familles.

Cinquième constat, l'intensification ressentie par l'utilisation des outils numériques conforte là aussi les observations

antérieures des sociologues. Si l'activité a pu être maintenue, elle a aussi engendré tout un cortège d'inconforts et d'effets délétères pesants sur la santé mentale des personnes en télétravail. Le *cognitive overflow syndrom* repéré il y a déjà plusieurs décennies s'est manifesté de façon bruyante.

Enfin, un dernier phénomène paraît plus original, celui de la privation des sens comme obstacle majeur à la correcte exécution du travail. Les métiers où les qualités gustatives sont cruciales, ceux qui passent par les signes tangibles de l'accueil comme le sourire, la poignée de main, et ceux qui font métier de transmettre des émotions, sont bien sûr en première ligne. Mais ceux qui ont dû entièrement se baser sur la réception d'un son numérique écrasé et d'images pixélisées d'individus coincés dans de petites boîtes étiquetées – c'est-à-dire la grande majorité – sur les applications de visioconférences ont évoqué également cette atrophie des sens. Cette dernière a nui profondément au maintien d'une fonction indispensable dans le travail : le partage sensible et affectif autour des activités de travail.

Nous aurons ainsi appris que techniquement beaucoup peut se faire à distance, et tout spécialement avec les individus avec lesquels on a l'habitude de travailler. En revanche au long cours, il est difficile de maintenir une dynamique de travail collective, adéquate et riche, en l'absence des interstices offerts par les rapports au travail en face à face. Ces respirations au travail en constituent sans doute l'essentiel : le travail est bien une affaire de collectifs au travail.

BIBLIOGRAPHIE

Ansell, Chris et Ann Keller (2014). *Adapting the incident command model for knowledge-based crises: The case of the centers for disease control and prevention*. Washington, DC: IBM Center for the Business of Government.

Aubert, Patrick, Claire-Lise Dubost et al. (2020). *Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives*. Les Dossiers de la Drees 62(juillet), République française.

Amosse, Thomas, Mikael Beatriz, Christine Erhel, Malik Koubi, 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 ?* halshs-03228778.

Belton, Leslie et Frédéric Coninck (2007). « Des frontières et des liens. Les topologies du privé et du professionnel pour les travailleurs mobiles. » *Réseaux* 140(1) : 67-100.

Bidet, Alexandra (2011). *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot*. Paris : Presses Universitaires de France.

Borzeix, Anni et Franck Cochoy (2008). « Travail et théories de l'activité : vers des workspace studies ? Introduction. » *Sociologie du travail* 50(3): 273-286.

Bloom, Nicholas (2014). « To Raise Productivity, Let More Employees Work from Home » *Harvard Business Review*.

Cianferoni, Nicola (2019). *Travailler dans la grande distribution: la journée de travail va-t-elle redevenir une question sociale ?* Zürich, Seismo.

Bréchon, Pierre et Frédéric Gonthier (éds.) (2017). *European Values: Trends and divides over thirty years*. Leiden, The Netherlands: Brill.

Clot, Yves (2008). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris : La Découverte.

Clot, Yves (2015). *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

- Craipeau, Sylvie (2001). *L'entreprise commutante : travailler ensemble séparément*. Paris : Hermès science.
- Daniellou, François (2006). « Entre expérimentation réglée et expérience vécue. Les dimensions subjectives de l'activité de l'ergonome en intervention. » *Activités* 3 : 1-3.
- De Coninck, Frédéric (2001). *L'homme flexible et ses appartenances*. Paris : L'Harmattan.
- De Terssac, Gilbert (2012). *Autonomie et travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dejours, Christophe (1980). *Travail, usure mentale*. Paris : Le Centurion
- Gillepsie, Richard (1991). *Manufacturing Knowledge. A History of the Hawthorne Experiments*. New York: Cambridge University Press.
- Graeber, David (2013). « On the phenomenon of bullshit jobs: A work rant. » *Strike Magazine* 3: 1-5.
- Bird, Graham (2019). « Home truths making working from home work. » *Occupational Health & Wellbeing* 71(6): 16-18.
- Kniffin, Kevin, Jayanth Narayanan et al. (2021). « COVID-19 and the workplace: Implications, issues, and insights for future research and action. » *American Psychologist* 76(1): 63.
- Lahlou, Saddi (2002). « Travail de bureau et débordement cognitif », dans Jourdan, Marc et Jacques Theureau (éds.). *Charge mentale : Notion floue et vrai problème*. Paris : Octarès, p. 73-91.
- Lane, Ian, Michelle Mullen et Amanda Costa (2020). « Working from Home During the COVID-19 Pandemic: Tips and Strategies to Maintain Productivity & Connectedness. » *Psychiatry Information in Brief* 17(5): 1145.
- Lazarsfeld, Paul, Marie Jahoda et Hans Zeisel (1982). *Les chômeurs de Marienthal*. Paris : Editions de Minuit.
- Maruani, Margaret (éd.) (2014). *Travail et genre dans le monde, l'état des savoirs*. Paris : La Découverte.
- Méda, Dominique (2010). *Le Travail. Une valeur en voie de disparition ?* Paris : Flammarion.

Méda, Dominique et Patricia Vendramin (2013). *Réinventer le travail*. Paris : Presses Universitaires de France.

Paugam, Serge (2006). « L'épreuve du chômage : une rupture cumulative des liens sociaux ? » *Revue européenne des sciences sociales* XLIV-135: 11-27.

Refle, Jan-Erik, Marieke Voorpostel, Florence Lebert, Ursina Kuhn, Hannah S. Klaas, Valérie-Anne Ryser, Nora Dasoki, Gian-Andrea Monsch, Erika Antal, and Robin Tillmann (2020). « First results of the Swiss household panel—Covid-19 study. » *Lausanne: FORS University of Lausanne*.

Reynaud, Jean-Daniel (1988). « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. » *Revue française de sociologie* 29(1) : 5-18.

Rifkin, Jeremy (1995). *The end of work: The decline of the global labor force and the dawn of the post-market era*. New York, NY: GP Putnam's Sons.

Schnapper, Dominique (1981). *L'épreuve du chômage*. Paris : Gallimard.

Sennett, Richard (1998). *Le travail sans qualités*. Paris: Albin Michel.

Shepherd-Banigan, Megan, Janice Bell, Anirban Basu et al. (2016). « Workplace Stress and Working from Home Influence Depressive Symptoms Among Employed Women with Young Children. » *International Journal of Behavioral Medicine* 23(1): 102-111.

Tchernia, Jean-François (2017). « Expectations about work », dans Bréchon, Pierre et Frédéric Gonthier (éds.). *European Values*. Leiden, The Netherlands : Brill, p. 123-136.

Valenduc, Gérard et Patricia Vendramin (2019). « La fin du travail n'est pas pour demain. » *Note de prospective de European Union Trade Institute Mars*, n°6.

Van der Lippe, Tanja et Zoltàn Lippényi (2018). « Beyond Formal Access: Organizational Context, Working from Home, and Work–Family Conflict of Men and Women in European Workplaces. » *Social Indicators Research*: 1-20.

Wapshott, Robert et Oliver Mallett (2012). « The spatial implications of homeworking: A Lefebvrian approach to the rewards and challenges of home-based work. » *Organization* 19(1): 63-79.

Hutchins, Edwin (1995). *Cognition in the Wild*. Cambridge: MIT press.

Thébaud-Mony, Annie (2016). *Travailler peut nuire gravement à votre santé : Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels*. Paris : La Découverte.

Pillon, Thierry (2012). *Le corps à l'ouvrage*. Paris : Stock.

SOURCES :

Ministère des solidarités et de la santé (France, 2020) : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/covid-19-liste-des-professionnels-indispensables-a-la-gestion-de-l-epidemie> (consulté le 12/10/2021)

CHAPITRE 8. PRIS PAR LA VAGUE, LES EMS EN PREMIÈRE LIGNE FACE AU COVID-19

Kate de Rivero

RÉSUMÉ

Le Covid-19 a porté un coup dur aux personnes âgées vivant dans les Établissements médico-sociaux (EMS) qui ont été directement touchées par la mort et l'infection, et indirectement par des mesures de confinement qui ont nui au bien-être des résident-es. Le personnel s'est retrouvé en première ligne, chargé de protéger les personnes âgées et d'atténuer l'impact de la pandémie sur leur qualité de vie.

À travers l'expérience du personnel et des résident-es, j'ai cherché à comprendre comment la pandémie a perturbé la mission sociale des EMS. L'étude a été menée dans un EMS à Genève à l'aide d'entretiens semi-structurés avec 19 employé-es et 6 résident-es. Deux cas de figure se distinguent : dans le premier, les ressources de l'EMS n'ont pas été directement touchées et le personnel a pu fournir des soins individualisés et a essayé de concilier des priorités parfois contradictoires que sont la protection contre le Covid-19 et la qualité de vie des résident-es. Dans le second cas de figure – survenu pendant la deuxième vague, une flambée de Covid-19 dans l'établissement a augmenté les besoins des résident-es et a durement touché le personnel, plongeant ainsi l'EMS dans une véritable crise. Comme nous pourrions le voir à travers l'enquête que nous avons menée, la

flexibilité et la stabilité du personnel, une vision commune de l'importance des soins individualisés et la proximité des équipes de direction ont été des facteurs clés pour faire face à la pandémie.

INTRODUCTION : UNE POPULATION VULNÉRABLE DANS UN MILIEU FERMÉ

Les maisons de soins pour personnes âgées sont particulièrement vulnérables face aux épidémies, les conséquences pouvant être désastreuses pour les résident-es (Strausbaugh et al., 2003). Les personnes âgées sont particulièrement susceptibles de développer une forme grave du Covid-19. En outre, dans les Établissements médico-sociaux (EMS), l'habitat collectif les surexpose au risque de contamination : partage des installations, interactions étroites avec une variété de personnes -personnel, famille, et autres résident-es.

Sur la base de données provenant de 22 pays, le « International Long Term Care Policy Network » estime que les personnes âgées vivant dans des maisons de soins représentent en moyenne environ 0,73 % de la population totale de ces pays, tandis qu'elles représentent en moyenne 41 % de l'ensemble des décès dus au Covid-19 (Comas-Herrera et al., 2021, p. 21). Cependant, les données sont difficiles à compiler car les résultats des tests n'ont pas été documentés de manière systématique, les définitions de cas varient et les données désagrégées des maisons de retraite ne sont pas systématiquement rapportées dans tous les pays (Ibid).

IMPACT DU COVID-19 DANS LES EMS : QUELQUES CHIFFRES CLÉS

En Suisse et au Liechtenstein³⁶, 90 % des 9'200 personnes décédées alors qu'elles étaient malades du Covid-19 avaient plus de 70 ans (OFSP, 2021). Environ 75% des décès dus au Covid-19 sont survenus lors de la deuxième vague, à partir d'octobre 2020, et 50 % des décès enregistrés depuis lors sont survenus dans les EMS. Ces chiffres ne comprennent toutefois pas les décès des résident-es décédé-es à l'hôpital et ne rendent donc pas compte de tous les décès de personnes âgées vivant dans des établissements de soins (Ibid). Il convient de noter qu'avant la pandémie, une grande partie des décès survenait également dans les EMS, représentant entre 43 et 44% de l'ensemble des décès dans le pays (OFS, 2019).

Dans le canton de Genève, 532 des 720 décès liés au Covid-19 déclarés jusqu'au 17 mars 2021 étaient des résident-es des EMS (Service du médecin cantonal, 2021). Cela représente 73 % de tous les décès dus au Covid-19 dans le canton. Tout-es les résident-es ne sont pas décédé-es au sein même des EMS, puisque les décès dans les EMS représentent seulement 45 % du total des décès Covid-19 dans le canton. (Ibid).

En novembre 2020, les médias ont tiré la sonnette d'alarme sur le manque d'effectif dans les EMS en Suisse romande lors de la deuxième vague, avec jusqu'à 20 % et 30 % de sous-effectifs dans les cas les plus extrêmes (Botti, 2020). Pour faire face au manque de personnel, les EMS et les cantons ont procédé à des recrutements, en faisant notamment appel à des civilistes (service civil). Toutefois, le manque de personnel de santé qualifié,

●
³⁶ L'OFSP inclut le Liechtenstein dans sa compilation. Toutes les données fédérales citées vont du début de la pandémie jusqu'au 19 février 2021, sauf indication contraire.

notamment infirmier, a constitué une lacune majeure pour certains EMS.

DERRIÈRE LES CHIFFRES : LE GRAND BOULEVERSEMENT DANS LA VIE D'UN EMS

La sévérité de la pandémie dans les EMS ne s'est pas seulement traduite par des taux élevés de décès et d'infection, mais également par une détérioration de la qualité de vie des résident-es.

Les stratégies d'isolement et de confinement destinées à protéger les résident-es vont à l'encontre des politiques mises en place au cours des dernières décennies pour promouvoir l'autonomie et la dignité des personnes âgées vivant dans des maisons de soins (Oris et al., 2020).

Des recherches menées aux Pays-Bas sur l'impact du Covid-19 dans les établissements de soins pour personnes âgées montrent une augmentation de la dépression, de l'anxiété et des troubles comportementaux chez les résident-es, après l'application de mesures de protection et d'isolement, en particulier chez les personnes âgées sans troubles cognitifs (Roest et al., 2020). Le personnel est également affecté. Une étude menée dans 33 maisons de soins pour les personnes âgées du nord de l'Italie révèle que 40 % des travailleurs et travailleuses souffrent d'un syndrome de stress post-traumatique lié à l'impact du Covid-19 sur leur lieu de travail (Riello, Purgato, et al., 2020).

LES EMS EN DEHORS DE LA PANDÉMIE

Les EMS accueillent une population âgée de plus en plus dépendante. Selon les statistiques fédérales de 2017, environ 64%

des résidents et résidentes des EMS ont besoin de 1 à 3 heures de soins quotidiens, et 13,9 % ont besoin de plus de 3 heures de soins par jour (OFS, 2019). À Genève, 8 résident-es sur 10 en EMS sont âgé-es de 80 ans ou plus (OCSTAT - Office cantonal de la statistique, 2019).

Les maisons de soins pour personnes âgées ne sont plus les institutions totales (Goffman, 1968) qu'elles ont pu être dans le passé (Mallon, 2007 ; Caradec, 2015 ; Caleca and Perrier, 2020). Au cours des dernières décennies, les pratiques ont évolué pour mettre l'accent sur l'individualité, les projets personnels et la liberté de choix des résident-es (Anchisi, Hummel, et al., 2014). Cette approche met en exergue l'importance du maintien de liens actifs avec les proches à l'extérieur de l'EMS, des interactions avec le personnel et les autres résident-es, et de l'établissement de routines et de rituels individuels, pour alimenter la motivation et l'estime de soi (Poisson-Goulais, 2005 ; Macia et al., 2008 ; Paddock et al., 2019).

Prendre des décisions sur les tâches du quotidien nourrit un sentiment d'autonomie et permet de faire face aux expériences négatives de dépendance (Paddock et al., 2019). A contrario, l'isolation et la privation sensorielles, comme l'absence de contact physique, ou les interactions qui se limitent à des questions pratiques – telles que « assieds-toi, finis ta nourriture, en veux-tu encore ? » – sont quant à elles préjudiciables à l'estime de soi et à la motivation dans la vie quotidienne (Poisson-Goulais, 2005).

De nombreuses études décrivent le développement d'approches individualisées dans les maisons de soins comme un processus continu qui tente de combiner les logiques institutionnelles et les besoins individuels des résident-es âgé-es. Ainsi, Rimbert (2005) examine la tension entre le temps institutionnel et le temps personnel dans un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France. Les efforts de l'institution pour combiner le temps et la routine rationalisés du personnel avec le temps et la routine

personnels des résident-es cristallisent, en effet, les tensions entre membres du personnel et résident-es.

Dans leur étude sur l'autonomie dans un EHPAD, Mazé et Nocerino (2017) utilisent la notion de « transfert de responsabilité » entre les résident-es et le personnel pour décrire la construction sociale de « l'autonomie » : par exemple, c'est en opérant activement un transfert de responsabilité vers l'employé-e qui la transporte en fauteuil roulant que la personne âgée va conserver un sentiment d'autonomie. Mazé et Nocerino décrivent un EHPAD comme un lieu où les « transferts de responsabilité » sont constamment négociés et renégociés par le biais d'interactions quotidiennes entre le personnel et les personnes âgées.

Ce constat est également établi par une étude de l'Université de Bâle menée auprès de 118 EMS en Suisse. Les soins individualisés sont considérés comme un processus d'interactions entre les résident-es et le personnel, et l'étude décrit une forte corrélation entre un bon environnement de travail pour le personnel et leur capacité à fournir des soins centrés sur la personne (Zúñiga et al., 2021).

QUESTION DE RECHERCHE

L'arrivée du Covid-19 a nécessité une réorganisation interne rapide et massive dans les EMS. Les routines, rituels et interactions se sont vus bouleversés ; les tensions existantes exacerbées ; l'équilibre entre les impératifs institutionnels et individuels modifié ; et le bien-être des résident-es et du personnel affecté. Cette étude répond aux questions de recherche suivantes : Quel a été l'impact de la pandémie sur la capacité d'un EMS à fournir des soins aux personnes âgées ? Quelles caractéristiques sous-jacentes de l'EMS ont contribué à sa capacité à faire face à la crise ?

MÉTHODOLOGIE : L'ENQUÊTE COMME ESPACE DE PAROLE

J'ai cherché à comprendre l'impact de la pandémie sur un EMS à travers l'expérience du personnel et des résident-es. Cependant, je n'ai pas inclus l'expérience des familles. Dans un premier temps, j'ai mené des entretiens semi-directifs avec le personnel de huit EMS en Suisse romande. Le dernier de ces entretiens exploratoires a été réalisé avec le directeur d'un EMS à Genève – Les Clochettes³⁷ – qui a ensuite accepté de participer à une étude de cas. Comme la plupart des EMS à Genève, Les Clochettes a été durement touché par la deuxième vague de la pandémie en novembre 2020. Soixante-dix résident-es ont été infecté-es par le Covid-19 et 22 sont décédé-es. Plus de la moitié du personnel a également été infectée.

Le directeur a vu dans cette étude une occasion d'offrir aux membres du personnel un espace d'expression complémentaire à ceux auxquels ils avaient déjà accès. Nous avons également convenu qu'il était important de documenter l'expérience des résident-es qui souhaitaient participer.

Les participant-es ont pris part à l'étude sur une base volontaire. À la suite de l'accord de l'équipe de direction pour faire une étude plus approfondie dans l'EMS, un document explicatif a été préparé par la chercheuse, qui a été partagé avec tout le personnel par la direction et les chefs d'équipe. En effet, après avoir été informé-es des objectifs et des modalités de l'étude, le personnel et les résident-es pouvaient se porter volontaires pour être interviewé-es. L'équipe d'animation a identifié et informé des résidents qui avaient la capacité et l'intérêt potentiel de participer à l'étude. Au total 6 résidents ont voulu participer. Avec le consentement éclairé des participant-es, tous les entretiens ont été enregistrés, puis anonymisés.



³⁷ Pseudonyme.

Au total, j'ai réalisé 23 entretiens semi-directifs (dont un entretien de groupe) avec 6 résident-es et 19 membres du personnel, principalement entre février et mars 2021 (avec deux entretiens réalisés en novembre et décembre 2020). Le personnel interrogé provenait de tous les secteurs de travail de l'EMS, à savoir ³⁸ l'équipe de soins, l'équipe d'animation, l'équipe d'hôtellerie, la restauration, l'administration et les ressources humaines, et l'équipe de direction.

CHRONOLOGIE D'UNE PANDÉMIE EN EMS

LES CLOCHETTES AVANT LA PANDÉMIE

Entre 90 et 100 résident-es vivent aux Clochettes et environ 130 personnes y travaillent régulièrement. La rotation du personnel est faible, et le personnel et les résident-es semblent bien se connaître. De nombreuses équipes gèrent un emploi du temps serré pour préparer les médicaments, faire la toilette aux résident-es, nettoyer les chambres, prodiguer des soins infirmiers, préparer les repas, faire la relève avant un changement de poste, organiser les activités de la journée et les visites médicales, assurer la liaison avec les familles et répondre aux besoins quotidiens imprévus. Les membres de l'équipe de direction jonglent avec un large éventail de défis quotidiens à relever et de dossiers organisationnels à mener sur le plus long terme.

Un grand nombre de résident-es âgé-es ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et beaucoup d'entre eux et elles ont des difficultés cognitives. Le secteur médicalisé de l'EMS

●
³⁸ Les 19 membres du personnel interviewés comprennent : infirmier-es, aides-soignant-es, employé-es de maison, de lingerie, personnel du restaurant, de la cuisine, l'animation, la réception, l'administration et les ressources humaines, tout-es les membres de l'équipe de direction, y compris le médecin répondant et le directeur de l'EMS.

couvre deux étages et accueille des résident-es très dépendant-es qui ont besoin d'un suivi médical étroit et d'un haut degré d'assistance. L'autre secteur, appelé « santé publique », couvre cinq étages et accueille des résident-es qui ont en principe plus d'autonomie. De nombreuses personnes interrogées ont mentionné que les résident-es du secteur « santé publique » sont beaucoup plus dépendant-es aujourd'hui que ceux et celles qui y vivaient il y a dix ans. Dans l'ensemble, cela a augmenté la charge de travail, notamment celle du personnel de soins.

Le personnel a également l'expérience des soins nécessaires pour accompagner les personnes âgées et leurs familles dans la fin de vie du ou de la résident-e. Les résident-es qui viennent aux Clochettes, comme dans les autres EMS, sont souvent âgé-es et constituent une population particulièrement fragile. Chaque année, environ 30 % des personnes vivant en EMS décèdent.

Les Clochettes, en tant que membre de la Fédération genevoise des établissements médico-sociaux (FEGEMS), adhère à sa charte éthique, qui décrit clairement l'approche individuelle des soins, en stipulant par exemple que les EMS :

« (...) S'efforcent de préserver l'autonomie de la personne âgée, de favoriser l'expression de son libre arbitre, de respecter ses choix, au prix d'un certain risque pour elle-même. » (Conseil d'éthique de la Fegems, 2011)

Cet engagement se reflète dans la manière dont les membres du personnel décrivent leur travail. Le personnel de tous les secteurs a spontanément donné des exemples de la manière dont il s'est adapté aux besoins et demandes individuels des personnes âgées. À plusieurs reprises, les résident-es ont été décrit-es comme des « chef-fes d'orchestre » qui sont chez eux et chez elles et ont le droit de faire ce qu'ils et elles veulent. L'importance d'interagir avec les résident-es et de respecter leur autonomie a souvent été mentionnée.

« Il faut vraiment être là, à l'écoute, faire ce petit geste qui montre qu'on pense à eux, qu'on sait ce qu'ils aiment. En même temps parfois il faut demander quand même pour qu'ils aient cette responsabilité de choisir eux-mêmes ce qu'ils veulent vraiment. » (Dulce, Hôtellerie, 25 février 2021)

L'ESSENTIEL AU FIL DES VAGUES

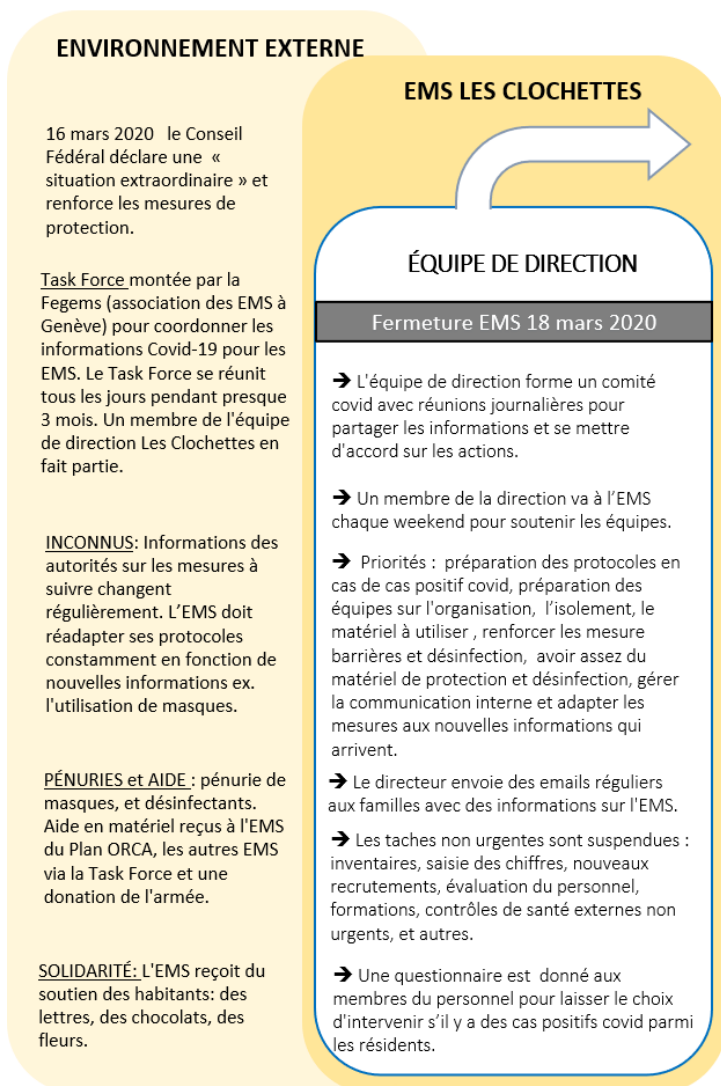
La plupart des personnes interrogées disent avoir ressenti pour la première fois l'impact de la pandémie quand les autorités fédérales ont déclaré l'état d'urgence entraînant la fermeture des EMS de toute la Suisse aux visites extérieures. À partir de ce jour, le personnel et les résident-es ont navigué à travers la pandémie, essayant de concilier la protection contre le Covid-19 avec la protection du bien-être affectif et physique des résident-es. Ce qui était considéré comme essentiel a évolué au fil du temps et des étapes de la pandémie.

La première vague a représenté une période de peur et d'inconnu, avec des informations changeantes concernant les mesures de protection. Elle se caractérise par la fermeture de l'EMS aux visites. Les principales préoccupations des équipes étaient le bien-être affectif des résident-es, la recherche de masques et de gel désinfectant dans un contexte de pénurie, et le déploiement de protocoles de protection. La figure 1 montre les principales actions mises en œuvre lors de la première vague. L'EMS a continué à répondre aux besoins individuels des résident-es et a tenté de compenser l'impact de la fermeture et des mesures de distanciation sociale sur leur vie quotidienne.

La deuxième vague s'est caractérisée par sa dimension de crise, l'EMS étant confrontée à une épidémie de Covid-19 qui a également touché son personnel. Il n'était plus possible de maintenir une routine normale ni une approche individualisée, car les ressources humaines étaient restreintes. L'essentiel consistait à

assurer les services de base pour tout-es, de s'occuper des malades et de réduire la transmission du Covid-19. La figure 2 montre l'évolution des principaux problèmes pendant le pic de l'épidémie.

**Figure 1 : Première vague dans Les Clochettes, mars - juin 2020
(double page)**



EMS LES CLOCHETTES

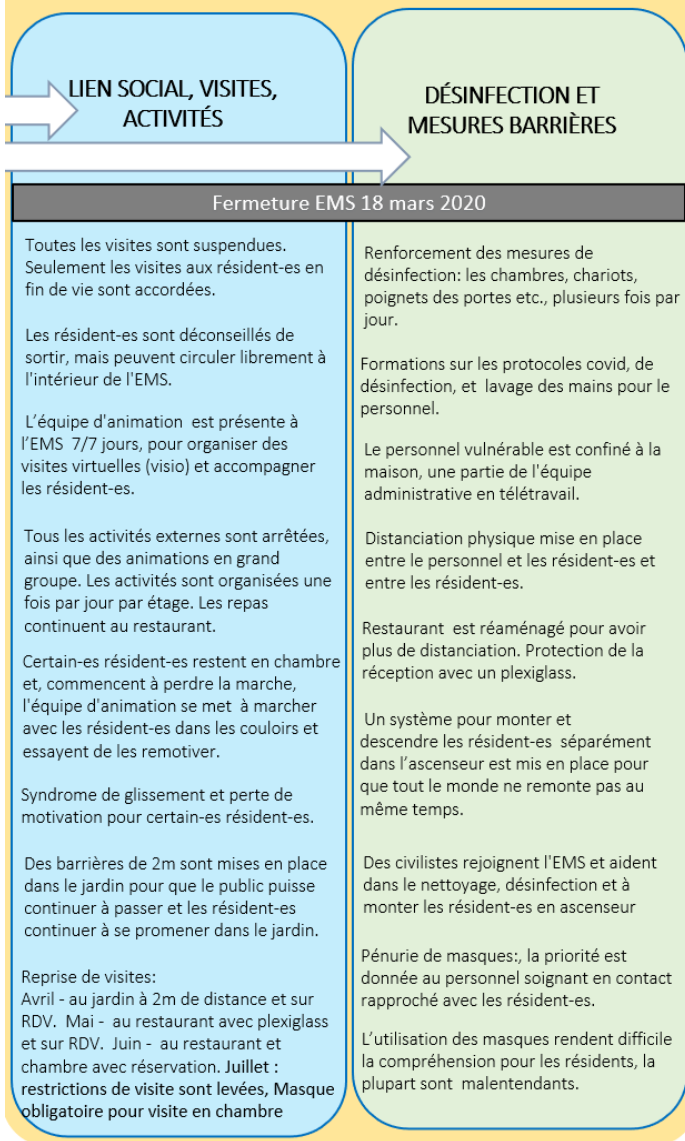
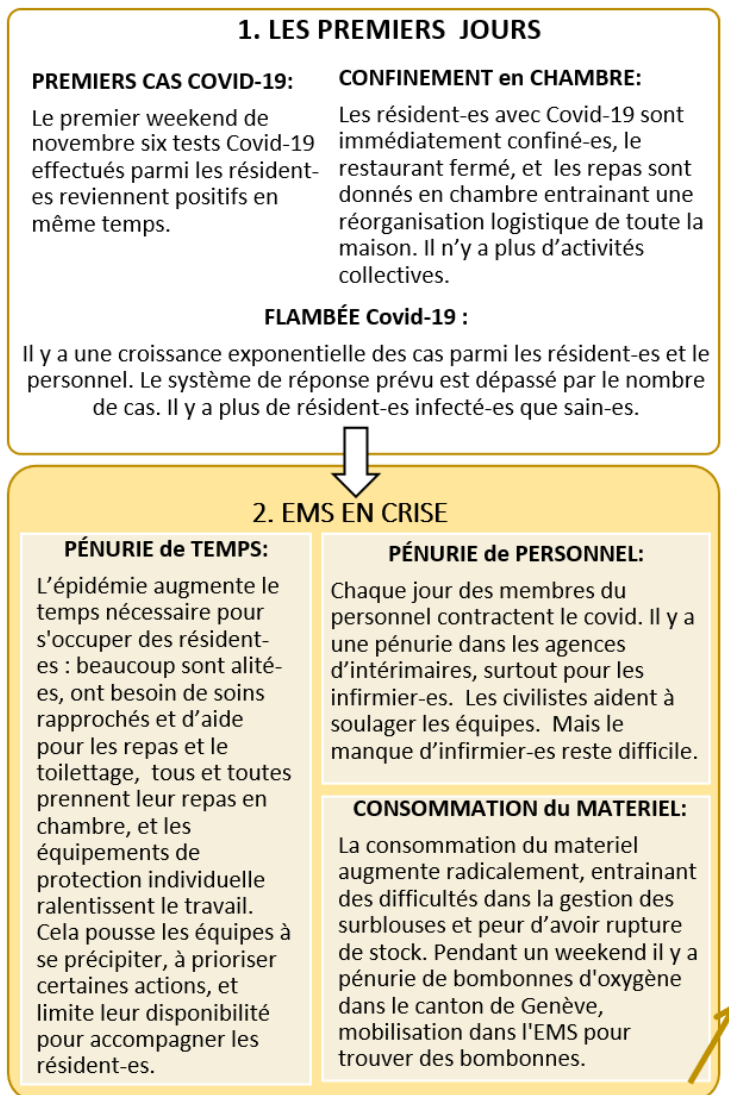


Figure 2 : Au pic de la deuxième vague, 24 octobre – 30 novembre 2020 (double page)



2. EMS EN CRISE

REORGANISATION des ÉQUIPES

Tous les jours des nouveaux plans sont faits sur le champ pour réorganiser les équipes et trouver des remplacements face au personnel infecté et à l'augmentation de travail. Au debout le personnel non soignant ne rentre pas dans les chambres avec Covid-19, mais ceci change pour qu'il puisse aider avec les repas. Les horaires des équipes de soins sont modifiés suite à des difficultés d'organisation causées par des horaires décalés. La priorité est d'assurer les services essentiels : la prise en charge des résident-es infecté-es, les repas en chambre pour tout le monde, l'hygiène de base, et des soins non Covid-19 qui ne peuvent pas attendre. Autres priorités : désinfection et la gestion de matériel de protection et trouver du personnel infirmier.

CONFINEMENT:

La plupart des résident-es resteront 3 à 4 semaines en chambre. Les résident-es non infecté-es peuvent sortir. Le personnel se consacre en priorité aux personnes malades et aux plus dépendantes. Les visites ne sont pas possibles pour les résident-es avec Covid-19, sauf en cas de fin de vie.

TRANSMISSION ET DÉCÈS

Au total 22 résident-es mourront du Covid-19, la plupart pendant les premières deux semaines de l'épidémie dans l'EMS. 70 résident-es auront le Covid-19, et plus de la moitié du personnel sera infecté.

3. SORTIE DE CRISE

GUÉRI-ES

Les premier-es résident-es sont guéri-es, et un protocole de sortie d'isolement et désinfection des chambres est mis en place. Les résident-es guéri-es peuvent manger au restaurant.

Fin novembre, la situation commence à s'améliorer, il y a moins des malades et de transmission. Reprise des visites des familles sur rendez-vous le 30 novembre 2020.

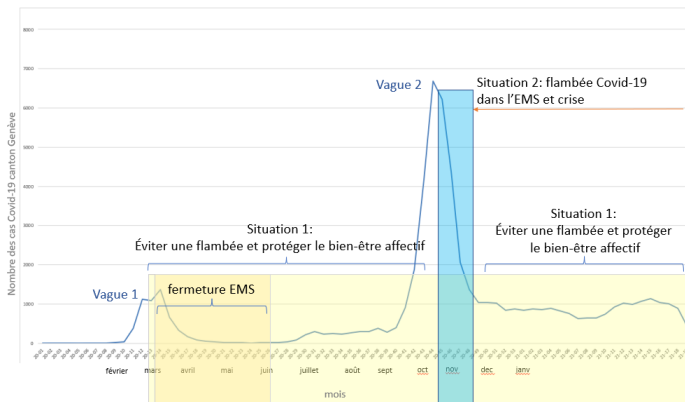
DEUX CAS DE FIGURE

Chaque période est emblématique d'un cas de figure. Dans le premier cas, l'EMS doit naviguer dans l'environnement pandémique, mais ses propres ressources ne sont pas directement touchées. L'objectif est de concilier les deux priorités : la protection contre le Covid-19 et la continuité de la vie ordinaire et des routines des résident-es. Ceci a duré tout au long de la pandémie, sauf lorsqu'une épidémie s'est déclarée à l'intérieur de l'EMS.

Le deuxième cas de figure est celui où l'EMS est frappé par une flambée de Covid-19 impactant directement et rapidement les résident-es et le personnel. L'objectif est alors de traverser la crise en conservant le plus grand nombre de survivant-es possible.

La figure 3 montre la juxtaposition dans le temps des deux cas de figure évoqués dans ce travail et du nombre de cas de Covid-19 lors des deux vagues de la pandémie à Genève.

Figure 3 : Les deux vagues du Covid-19 à Genève et le type d'impact sur l'EMS, février 2020 – janvier 2021



Source : Cas Covid-19 infocovid.smc.unige.ch (consulté 18/05/2021), Service du médecin cantonal et UNIGE, s. d.). Les deux situations sont basées sur l'analyse d'entretiens

Dans les deux sections suivantes, j'examinerai comment les résident-es et le personnel ont été affecté-es dans chacun de ces cas de figure. La première porte sur la conciliation des priorités parfois contradictoires que sont la protection contre le Covid-19 et la qualité de vie des résident-es. La seconde est une description de la crise lorsque le Covid-19 s'engouffre dans l'EMS. Après la présentation de ces deux situations, j'examinerai les caractéristiques de l'EMS qui ont aidé à faire face à la situation.

PREMIER CAS DE FIGURE - ENTRE DEUX PRIORITÉS : SE PROTÉGER DU VIRUS ET PROTÉGER LE BIEN-ÊTRE AFFECTIF

Les entretiens ont mis en lumière l'importance pour le personnel de la sauvegarde de la dignité, du choix, de l'autonomie et des liens sociaux dans la prise en charge des résident-es. Cependant, avec l'arrivée de la pandémie, ces éléments ont été mis en tension avec une priorité concurrente : la protection des résident-es contre l'infection. Pour protéger les résident-es, l'EMS a dû mettre en place des mesures barrières, de distanciation sociale et de désinfection, tout en trouvant des moyens de compenser leur impact négatif sur la vie des résident-es, notamment sur les liens et les interactions sociales.

Le contrôle sanitaire : Un nouveau rôle pour les équipes

Veiller à l'application des mesures barrières et de désinfection a constitué un nouveau rôle pour le personnel et a parfois été à l'origine d'un sentiment inconfortable d'outrepasser son rôle habituel en imposant des limites aux familles et aux résident-es.

D'abord, il fallait s'assurer que tout le personnel connaisse les mesures à suivre : règles de distanciation, lavage des mains,

protocoles en cas de résident ou résidente positif/ve, formation sur les équipements de protection individuelle et protocoles de désinfection des installations.

La gestion de cette priorité a été rendue complexe par l'évolution constante, surtout au début de la pandémie, des informations reçues par l'EMS et des directives données au personnel. En particulier, les protocoles sur l'utilisation des masques ont été modifiés avec des critères différents selon le type de personnel. Un autre problème était que l'utilisation de masques et la distanciation physique rendaient difficile la compréhension par les résident-es malentendant-es.

Ensuite, le personnel a dû mettre en place des mesures de protection avec les résident-es. Au moment des repas au restaurant de l'EMS, le directeur a fait des annonces à destination des résident-es afin de leur expliquer les changements les plus récents, notamment en matière de règlements relatifs aux visites. Le personnel a joué le rôle de principal médiateur pour expliquer les nouvelles règles aux résident-es : un nouveau système mis en place pour éviter l'encombrement des ascenseurs, la distanciation sociale au restaurant, l'évolution des règles pour les visites, la limitation des activités, l'utilisation de masques et le maintien de la distanciation physique.

Alors qu'en temps normal elle s'adapte à la volonté des résident-es de participer à telle ou telle activité, l'équipe d'animation s'est vue contrainte de restreindre leur accès, les petits groupes ayant été privilégiés afin de pouvoir faire respecter les règles de distanciation physique. Bien que l'équipe ait essayé de contourner ce problème en veillant à ce que tout le monde ait la possibilité de participer à tour de rôle aux activités, cette situation a entraîné des frustrations dont les résident-es ont souvent parlé :

« J'aime bien les animations, ça occupe, sans ça les journées seraient plus longues. Mais on ne peut pas être

plus que quatre dans les animations. Avant c'était libre. »
(Mme K, résidente, 19 février 2021)

« L'autre jour il y avait une activité tout en haut et je suis allée, la pièce elle est grande, mais il fallait être que trois, et ils m'ont mise dehors, et ça m'a vexé. » (Mme G, résidente, 19 février 2021)

Le personnel a également évoqué les difficultés liées à la nécessité de maintenir une distance physique :

« On leur disait non il ne faut pas nous approcher, éloignez-vous il faut garder la distance. Ils sont tactiles donc dire éloignez-vous (...) ça c'était dur : « Mais pourquoi vous faites ça ? » Il y a en a qui n'arrivent pas à comprendre. » (Danielle, Hôtellerie, 16 février 2021)

Enfin, le personnel a dû également s'assurer que les familles respectent les règles de visite, la distance physique et les mesures de protection. Les membres du personnel de tous les secteurs ont donné des exemples de situations inconfortables. Par exemple, un membre du personnel administratif, qui avait l'habitude d'accueillir les familles en temps normal, a apparenté son rôle à celui d'une police sanitaire cherchant à s'assurer que les familles respectent le nombre de visites autorisé. Un autre a raconté que le personnel a dû demander à des familles de partir quand elles prenaient « des rendez-vous sauvages », alors qu'il commençait à organiser des visites dans le jardin après le premier confinement. Un membre de l'équipe d'animation décrit ainsi l'inconfort de son rôle :

« Il y en a qui comprenaient totalement et puis d'autres qui étaient révoltés. Moi j'ai eu le cas d'une personne que j'ai accompagnée et j'ai dit : « J'accompagne votre maman, et les mesures c'est de porter un masque et de se désinfecter les mains. » Et elle dit : « Allez, je peux lui faire un bisou ? » Je fais : « Normalement pas. » Elle dit : « Je le fais quand même. » Donc vous voyez, c'est compliqué de

dire non, ne faites pas de bisou à votre maman, on est qui pour dire ça ? » (Louis, Animation, 19 février 2021)

Le manque de contacts physiques et les restrictions avec les familles ont été fréquemment mentionnés comme une source de frustration pour les résident-es :

« Même maintenant quand on se rencontre on ne peut même pas se toucher, alors avec mon fils on se frottait le dos, pour un peu se toucher. Mais c'est vrai que c'est ça qui est terrible. Et je me demande quand ça reviendra, comment on va être, si le toucher va revenir spontanément ou si on n'osera pas. » (Mme H, résidente, 17 février 2021)

Les membres du personnel ont exprimé leur empathie à l'égard des préoccupations des familles et des résident-es. L'une des stratégies mentionnées par certain-es pour les aider à gérer les situations inconfortables consistait à transférer la responsabilité de ces règles à une autorité institutionnelle. Par exemple, certain-es ont conseillé aux familles de s'adresser au directeur pour demander à déroger aux règles, ou ont expliqué que certaines mesures venaient des autorités cantonales.

Au secours du lien social

Une autre préoccupation évoquée par plusieurs membres du personnel a porté sur le besoin de préserver un sentiment de « normalité » au sein de l'EMS en permettant aux résident-es de manger au restaurant, de se déplacer partout, de se promener dans le jardin, afin de compenser les restrictions de visites de la famille et d'activités extérieures. Deux exemples emblématiques des efforts du personnel pour sauver le lien social sont la fermeture de l'EMS aux visites lors de la première vague et les efforts constants pour maintenir le restaurant ouvert.

Fermeture de l'EMS

Suite à la déclaration de « situation extraordinaire » par le Conseil fédéral (Conseil fédéral, 2020), Les Clochettes ferme ses portes aux visites extérieures, le 18 mars 2020, comme tous les EMS. Pendant les deux mois qui suivent, l'équipe d'animation s'est rendue à l'EMS sept jours sur sept pour organiser des appels avec les familles et maintenir des activités pour les résident-es. Cela a permis de renforcer à la fois la relation de l'équipe d'animation avec les familles et son rôle de facilitatrice de lien social pour les résident-es.

« L'équipe d'animation m'a dit : « Finalement on s'est retrouvé dans l'essence même de ce qu'on devrait faire, d'être facilitateur de lien et d'être dans le contact aussi avec les familles. » Normalement c'est plutôt les soignants, qui sont les personnes de référence pour les familles, mais là, ça a créé des liens aussi avec l'animation, eux ils étaient dépositaires d'histoires de vie et de parler avec les proches. » (Grégoire, équipe de direction, 18 février 2021)

La priorité était de maintenir les liens avec les familles et d'aider les résident-es à s'adapter aux nouvelles technologies leur permettant de communiquer et voir leurs proches. Des appels Skype et WhatsApp ont été organisés, permettant à certaines familles vivant loin d'ouvrir un nouveau canal de communication qui s'est pérennisé depuis. Mais pour de nombreux résident-es, l'utilisation des technologies numériques a été difficile, notamment parce qu'ils et elles avaient du mal à entendre et voir correctement.

Le personnel a installé des barrières autour du jardin entourant l'EMS pour maintenir le public à distance et permettre aux résident-es de s'y promener. Les activités ne pouvaient plus être organisées en grands groupes et se déroulaient une fois par jour à chaque étage. D'autres membres du personnel ont indiqué qu'ils et elles passaient plus de temps avec les résident-es :

« Nous on était obligés de remplacer un tout petit peu la famille, donc quand on avait un petit moment pour passer, discuter, lire, heureusement, on le faisait. » (Sabina, Soins, 12 mars 2021)

Presque tout le personnel et les résident-es ont mentionné à quel point la fermeture a affecté les personnes âgées. Elle a entraîné un manque de motivation, provoquant chez certaines un syndrome de glissement. L'équipe d'animation a essayé de motiver les résident-es qui ne sortaient plus de leur chambre.

« Beaucoup ne se déplaçaient même plus pour aller boire le café en bas au restaurant, ils restaient plutôt dans leurs chambres. Et puis, j'ai pu remarquer que plusieurs avaient quasiment perdu la marche à cause de ça. On s'est mis tout de suite à faire remarcher les résident-es dans les couloirs. C'est vrai qu'il fallait les mobiliser, mais c'est vrai que le moral surtout ça c'était le pire pour la plupart. Le fait de pas voir leur famille, ça les a achevés. Vu que le moral n'allait pas, le physique n'allait pas, l'alimentation n'allait pas, donc après c'est la chute libre. » (Delphine, animation, 24 novembre 2021)

Pour améliorer cette situation, en avril 2020, l'EMS a demandé aux familles de prendre rendez-vous pour visiter leurs proches dans le jardin, derrière les barrières. En mai 2020, elles ont pu organiser des rencontres dans le restaurant, derrière des plexiglas et sur rendez-vous.

Malgré les efforts du personnel pour entourer et accompagner les résident-es, l'absence de contacts familiaux en personne a été perçue comme généralement préjudiciable au bien-être des résident-es. Plusieurs membres du personnel ont décrit des cas de résident-es qui semblaient perdu-es, déprimé-es et mentalement replié-es sur eux/elles-mêmes pendant cette période.

Lors de la vague suivante, plus aucun ordre de fermeture des EMS n'a été donné au niveau fédéral ou du canton de Genève³⁹. Le doute persiste quant à savoir combien de temps un EMS doit attendre avant de limiter les visites ou de fermer, et s'il est possible d'éviter une épidémie sans fermer complètement l'EMS – ce qui paraît tout simplement inconcevable pour beaucoup.

« Donc, je pense qu'il y a vraiment une volonté de tout le monde de dire qu'on ne peut plus fermer les EMS. Parce que s'ils ne meurent pas du Covid, ils vont mourir de solitude. Donc ça, il faut absolument qu'on essaye de pas faire. » (Patricia, Hôtellerie, 16 février 2021)

Le restaurant : un carrefour des interactions sociales à protéger

Une grande partie de la vie et du rythme de l'EMS tourne autour du restaurant et des heures de repas. Les résident-es se réunissent pour manger, bavarder, rencontrer des visiteurs et visiteuses, parler au personnel, ou simplement s'asseoir et regarder la rue à travers la fenêtre.

« Le restaurant c'est l'endroit où ils croisent d'autres résidents, ils ne sont pas dans leurs chambres, ils peuvent aller dans le jardin, regarder dehors les enfants qui passent. Même s'ils ne parlent avec personne, il y a du mouvement, des choses qui se passent. » (Dulce, Hôtellerie, 25 février 2021)

Dès la première vague, des mesures de protection ont été mises en place pour la distanciation physique et la désinfection afin de maintenir le restaurant fonctionnel. Cependant, certaines des activités habituelles ont été interrompues, comme les événements

●
³⁹ Deux autres cantons, le Valais et Fribourg, ont procédé à un nouveau confinement des EMS lors de la deuxième vague. Voir « Les EMS ne veulent plus d'un nouveau confinement » (RTS.CH, 2020).

organisés avec le chef cuisinier, les activités autour de la cuisine, et la possibilité de partager un repas avec la famille en visite.

Malgré la limitation de certaines activités très appréciées, le restaurant est resté ouvert la plupart de temps. C'est le seul endroit où les résident-es de toute la maison ont pu se réunir, car il y a suffisamment d'espace pour assurer la distanciation physique.

La seule fois où le restaurant a été fermé pour tous les repas a été pendant trois semaines lors de l'épidémie de Covid-19 en novembre 2020. La fermeture du restaurant peut être considérée comme le symbole du deuxième cas de figure dans lequel l'EMS a pu se retrouver face à la pandémie, que je vais maintenant aborder.

SECOND CAS DE FIGURE - GESTION DE CRISE QUAND LE COVID-19 S'ENGOUFFRE DANS L'EMS

En s'abattant sur l'EMS, le Covid-19 a directement affecté les ressources et le temps nécessaires pour fournir les soins individualisés prodigués en temps normal, plongeant ainsi l'institution dans une véritable crise. Le premier week-end de novembre, six tests Covid-19 effectués parmi les résident-es sont revenus positifs en même temps. L'EMS a alors décidé de fermer le restaurant, de réorganiser les équipes afin de pouvoir nourrir et soigner les résident-es dans leur chambre, et de mettre en place des protocoles de soins pour les patientes et patients positifs/ves.

Le plan initial de réponse au Covid-19 est devenu obsolète, car il prévoyait un maximum de 6 cas simultanés de Covid-19 parmi les résident-es. Mais l'épidémie a rapidement flambé, passant de 6 cas à plus de 40 cas positifs parmi les résident-es en quelques jours, avec un taux de croissance exponentiel similaire parmi le personnel.

« Au début on allait détacher du personnel pour faire que les cas covid, mais ça n'a pas pu être mis en place parce que tout de suite on a eu beaucoup trop de cas. Donc on avait beaucoup plus de cas covid que de cas sains, et on avait aussi une explosion des cas au niveau du personnel » (Gabrielle, soins, 16 février 2021)

En raison de la limitation des ressources et du risque de contagion, il n'était plus possible de s'adapter aux désirs et aux choix individuels de chaque résident-e. Chacun-e a dû s'adapter à une organisation institutionnelle recentrée sur les besoins les plus essentiels et fondamentaux des résident-es et sur les mesures de lutte contre la propagation du virus :

« Le quotidien du résident est chamboulé. Il n'y a plus assez d'effectifs pour lui procurer tout ce que le résident attend chaque jour, parce que c'est vrai quand ils sont ritualisés, avoir une disposition de table à tel endroit, à faire tous les jours les mêmes chemins pour aller manger, bah tout ça, tout est cassé. Il doit rester en chambre, il doit changer ses habitudes, et en gros, malheureusement, là c'est vrai que le résident doit un peu s'adapter à ce que la maison peut lui apporter. » (Delphine, animation, 24 novembre 2021)

L'augmentation du nombre de cas parmi les résident-es, l'infection du personnel et les besoins croissants des personnes âgées ont poussé les équipes à bout. Le personnel a travaillé sans relâche pour essayer de trouver des solutions aux différents problèmes qui sont apparus, et s'assurer que les résident-es recevaient les soins essentiels. Il a fallu environ quatre semaines pour que la situation commence à s'améliorer.

Dans les sous-sections suivantes, je détaille plusieurs problèmes clés décrits par le personnel interviewé comme relevant de défis organisationnels, ainsi que certaines des solutions mises en place.

Dernier recours : confinement et repas en chambre

Lors du premier week-end de novembre 2020, six tests des résident-es sortent positifs au Covid-19. Les résident-es positifs/ves sont confiné-es dans leur chambre. Le restaurant est fermé et tous les repas sont servis en chambre pendant 3 semaines. Servir le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner à 98 personnes dans des chambres réparties sur sept étages nécessite une réorganisation logistique rapide afin de garantir que chacune reçoive le bon repas, servi chaud, et le soutien dont il a besoin pour manger. Les équipes de soins étaient à bout de souffle, de plus en plus occupées à prodiguer des soins aux résident-es qui tombaient malades. Tout le personnel de l'EMS a été mobilisé pour apporter les repas dans les chambres et fournir une aide à l'alimentation à celles et ceux qui en avaient besoin :

« Ma priorité ça a été de faire une organisation pour que j'aie toujours suffisamment de monde pour distribuer les repas, pour faire la désinfection et pour aider les résidents à manger. Les aides-soignantes elles étaient tellement débordées par les résidents qui avaient le Covid, et les autres résidents il fallait aussi les accompagner, ceux qui étaient non-covid. On ne peut pas les laisser abandonnés. Et là, c'était au niveau de l'hôtellerie, de l'animation et des civilistes qu'on a pris. » (Patricia, Hôtellerie, 16 février 2021.)

Le personnel a dû demander aux résident-es de rester dans leur chambre. Les membres du personnel interrogé-es qui étaient présent-es le premier jour racontent qu'ils et elles n'ont pas eu le temps d'expliquer correctement pourquoi le restaurant était fermé et pourquoi tous les repas devaient être servis dans les chambres. Ils et elles avaient l'impression que les résident-es ne comprenaient pas vraiment ce qui se passait. D'autres membres du personnel ont déclaré que par la suite, la plupart des résident-es avaient compris qu'il y avait une crise, à l'exception de cas individuels exigeant une gestion particulière :

« Il y aura toujours les exceptions, des résidents qui malheureusement, cognitivement parlant, ne peuvent pas comprendre de rester en chambre, donc c'est du travail aussi de les occuper et d'essayer de changer leurs idées pour qu'ils puissent rester un maximum dans leurs chambres. Mais de manière générale vraiment ça a été très bien pris et les résidents ont joué le jeu, ils se sont dit : « Bah oui il y a une crise dans la maison, pas de souci on reste en chambre. » Mais voilà moralement c'est difficile. » (Delphine, animation, 25 novembre 2020).

Les résident-es asymptomatiques ou non infecté-es ont dû trouver des moyens pour s'occuper dans leur chambre. Leurs besoins physiques de base étaient satisfaits, mais les choix qui leur étaient normalement offerts en termes de nourriture, d'accompagnement ou d'activités n'étaient plus possibles. Celles et ceux qui n'étaient pas malades pouvaient quitter leur chambre et sortir du bâtiment.

Une fois que les premiers/ières résident-es ont guéri, les équipes ont rapidement remis en place des repas au restaurant pour celles et ceux qui n'étaient plus malades, et peu à peu, les résident-es ont commencé à sortir de leur chambre et à se rendre au restaurant. L'équipe d'animation a passé du temps avec les résident-es pendant leur déconfinement afin que leurs chambres puissent être désinfectées. Le personnel a également commencé à revenir après avoir eu le Covid-19, et les équipes ont retrouvé la capacité de fournir des soins individualisés.

Mme E, l'une des résident-es, a décrit comment le personnel infirmier a essayé de la motiver à se lever, après avoir été malade :

« Un jour, c'était un dimanche, je ne voulais plus m'alimenter. Je voulais qu'on me fiche la paix. Je n'ai pas mangé de toute la journée. Et puis une infirmière est venue me stimuler. C'était après le confinement, après la maladie. Elle a envoyé une aide-soignante pour me promener et c'est la première promenade, mais en chaise,

et ça a été, j'ai repris goût. » (Mme E, résident, 25 février 2021)

À court de personnel

Chaque jour, face à des membres du personnel malades ou testés positifs/ves, les responsables ont dû élaborer de nouveaux plans sur-le-champ pour réorganiser les équipes et trouver des remplacements. À cette période, la proximité avec le virus crée un sentiment de peur au sein du personnel :

« Tous les jours vous travaillez avec la peur parce que tous les jours il y a un collègue qui tombe malade qui a travaillé avec vous et l'après-midi elle ne venait pas parce qu'elle n'était pas bien, tous les jours j'ai vécu ça pendant le mois de novembre. » (Danielle, Hôtellerie, 16 février 2021)

Les agences d'intérim ont été très sollicitées lorsque la deuxième vague a frappé la plupart des EMS de Genève, et il est devenu de plus en plus difficile de trouver du personnel de remplacement, en particulier pour les infirmiers/ières. La principale ressource externe provenait des civilistes, qui aidaient à nettoyer, désinfecter, porter les plateaux de nourriture et nourrir les patient-es. La quasi-totalité du personnel interrogé a mentionné les civilistes comme une source de soutien.

Au fur et à mesure que le personnel tombait malade, il était également prioritaire de l'interroger pour remonter les chaînes de contamination, et prendre des nouvelles. La plupart des employés qui ont eu le Covid-19 sont revenu-es dès la fin de leur confinement.

La quatrième semaine, la difficulté à trouver du personnel infirmier a atteint un point de rupture :

« Il y a eu énormément de difficultés de retrouver du personnel parce que les agences d'intérim étaient

appelées de partout. Donc moi à un certain moment je n'avais plus d'infirmiers. J'ai appelé 8 à 10 agences il n'y avait rien, donc vous imaginez le stress ? On a dû faire revenir les infirmières qui étaient en fin de maladie. » (Gabrielle, soins, 16 février 2021).

La mise à disposition de personnel intérimaire a été vécue à la fois comme un soulagement et une charge de travail supplémentaire en raison d'un niveau élevé de roulement et d'un besoin d'accompagnement rapproché, notamment dû au manque de familiarité avec les résident-es, les équipes et leur mode de travail habituel.

« Il fallait aider aussi les intérimaires parce que certains n'avaient jamais mis les pieds dans la maison, donc il a fallu soutenir ça aussi et puis être avec eux. Et les remercier parce qu'on leur disait à chaque fois tous quand même, merci d'être venu, merci d'être là. » (Karine, Soins, 15/02/2021)

En outre, l'arrivée de nouvelles personnes a désorienté certaines résident-es. Plusieurs d'entre eux/elles ont déclaré qu'ils et elles n'interagissaient pas beaucoup avec les intérimaires, même dans des circonstances normales, et qu'ils et elles préféraient avoir affaire au personnel régulier qu'ils et elles connaissaient bien.

Certains problèmes administratifs directement liés à la contamination de plus de la moitié du personnel ont également été mentionnés lors des entretiens. Au départ, les autorités ne prenaient en charge les coûts des tests que pour le personnel symptomatique. Tous les cas contacts sans symptômes devaient s'isoler sans test. Étant donné la propagation du virus et le besoin de personnel dans l'EMS, cette solution n'était pas viable. La direction générale de la santé a ensuite accepté de couvrir les frais de dépistage pour le personnel, à condition qu'il y ait des cas positifs parmi les résident-es. Cela pose la question de savoir quelle priorité les autorités accordent au dépistage dans le cadre d'une stratégie de réponse pour le personnel des EMS.

Une autre priorité administrative était d'obtenir de la compagnie d'assurance du travail - LAA - qu'elle considère le Covid-19 comme une maladie professionnelle pour l'ensemble du personnel et non pas uniquement pour le personnel infirmier. Au moment de l'entretien, en mars 2021, le responsable des ressources humaines discutait toujours de cet aspect avec l'assurance.

À court de temps : quand l'essentiel devient le minimum

Lors des entretiens, le personnel a souligné à quel point s'occuper des personnes âgées, même dans les meilleures des circonstances, prend du temps. Les personnes âgées ont tendance à faire les choses plus lentement, et à prendre plus de temps à comprendre ce qui se passe. Il se peut qu'elles n'entendent pas bien ou qu'elles oublient. Les tâches quotidiennes sont plus lentes, et chaque type d'assistance fournie – comme l'aide à sortir du lit, à se laver, à se nourrir – nécessite une attention patiente et délicate, voire des rappels et des négociations constants.

Le Covid-19 a augmenté le temps nécessaire pour s'occuper des résident-es car beaucoup d'entre eux et elles étaient alité-es, avaient de la fièvre, de l'incontinence ou de la diarrhée, et avaient besoin de toilettes et de soins constants, parfois par deux membres du personnel soignant à la fois, en plus de recevoir de l'oxygène, des médicaments et d'être sous surveillance. C'était exceptionnel d'avoir autant de résident-es malades en même temps.

De surcroît, mettre et enlever tous les équipements de protection individuelle pour chaque chambre est un processus minutieux et chronophage :

« Pour rentrer dans les chambres c'était tout le temps le cirque, la blouse, le masque, les gants, les charlottes,

parfois la visière en plus, et puis à chaque fois qu'on ressort de la chambre on devait tout enlever, donc ce qui prenait plus de temps c'était l'habillage et déshabillage constant quand on passait d'une chambre à une autre. »
(Hélène, Soins, 15 février 2021)

Apporter la nourriture en chambre et assister celles et ceux qui ont besoin d'aide pour se nourrir a également pris du temps. Alors qu'au restaurant, un-e membre du personnel peut aider trois personnes âgées à la fois, il ou elle doit aider les personnes une par une quand elles sont en chambre.

En raison du manque de temps, le personnel ne pouvait pas prendre le temps de discuter et d'interagir avec les résident-es, se consacrant en priorité aux personnes malades ou plus dépendantes. Celles et ceux qui étaient moins dépendant-es ou qui n'étaient pas malades ou asymptomatiques avaient peu d'interactions avec d'autres personnes. Une résidente atteinte de Covid mais asymptomatique, Mme G, a déclaré : « On nous apportait à manger et c'est tout. Ils ne nous ont pas douchés pendant tout le mois qu'on était enfermés, moi je me lavais toute seule ».

Le manque de temps a été décrit comme une frustration constante. Des membres du personnel ont décrit être déçu-es d'eux et d'elles-mêmes et d'avoir le sentiment de ne pas effectuer leur travail correctement. Les équipes se précipitaient pour laisser le plateau de nourriture et se dépêchaient de repartir :

« C'était très dur de voir les résidents parce qu'ils voulaient parler et nous on n'avait pas le temps de parler on ne pouvait pas s'arrêter, on ne pouvait pas expliquer qu'il n'y avait pas de potage en entrée, et un il a jeté le plateau de nourriture. Ils étaient énervés, parce qu'au restaurant ils demandent ce qu'ils veulent et là on posait les plateaux et on ne pouvait pas rester et on partait. »
(Danielle, hôtellerie, 16 février 2021)

Afin de gagner du temps et de pouvoir se focaliser sur les priorités, certaines activités ont été réduites ou annulées :

« On essayait de faire les choses importantes en priorité, comme la prise de traitements, des soins d'hygiène et de confort, la nutrition, et autres soins comme des pansements des plaies. Et puis, il y a des petites choses qu'on n'a pas fait, comme la prise de tension ou des gouttes oculaires d'hydratation. » (Zoe, Soins, 25 mars 2021)

D'autres activités ont dû faire l'objet de compromis :

« Cette période on l'a tous mal vécue on ne pouvait pas s'occuper à 100 % des gens, ce n'était pas possible, donc vraiment on allait à l'essentiel, c'est-à-dire voilà une personne qu'on ne va pas laver entièrement c'était peut-être la petite toilette le visage les mains et puis voilà. » (Hélène, Soins, 15 février 2021)

Décès et deuil interrompu

La pandémie a également eu un impact sur l'accompagnement et le soutien apportés aux familles et aux résident-es en fin de vie. Cela a été une énorme source de détresse pour tout le monde, et l'un des principaux thèmes, qui est revenu régulièrement dans les entretiens. Trois points ont été soulevés.

Premièrement, le personnel avait le sentiment de ne pas être en mesure de soutenir correctement les familles dans les premières étapes du deuil. Bien que les visites soient possibles pour les familles avec un-e proche en train de mourir du Covid-19, elles n'étaient pas systématiques et comportaient de nombreuses restrictions.

Une deuxième difficulté est que certain-es résident-es sont décédé-es seul-es, le personnel n'ayant pas eu le temps de rester à leurs côtés :

« On aurait voulu faire plus, beaucoup plus. En temps normal quand une personne est mourante on peut être là, on peut rester auprès d'elle, mais là on ne pouvait pas et la personne était en souffrance et on ne pouvait pas rester tout le temps à côté d'elle, et je pense qu'on va mettre un bout de temps à digérer ça. » (Hélène, Soins, 15 février 2021)

Troisièmement, tout-es ont été choqué-es de perdre autant de personnes si rapidement, la plupart d'entre elles étant décédées dans les deux premières semaines. Plusieurs résident-es interrogé-es ont mentionné avoir perdu des ami-es avec lequel-les ils et elles avaient l'habitude de passer du temps. Plusieurs membres du personnel ont raconté le moment où les résident-es ont recommencé à manger au restaurant, et où l'absence de celles et ceux qui manquaient à l'appel s'est matérialisée :

« C'était le moment de la réouverture du restaurant, c'était le moment où on se réunissait, et puis le voisin de table n'est plus là, le voisin d'en face il n'est plus là, la table d'à côté ils étaient quatre et il en restait un tout seul. » (Karine, Soins, 15 février 2021)

Une cérémonie pour les vingt-deux résident-es décédé-es du Covid-19 a été organisée dans le jardin de l'EMS en décembre 2020, en présence des proches.

Souffrance des équipes : compromis et sentiment de culpabilité

Le personnel interrogé a décrit cette période comme étant traumatisante. Un sentiment de culpabilité est apparu à plusieurs reprises, lié à la pénétration et à la propagation du virus et aux compromis faits au plus fort de l'épidémie sur la qualité des soins individuels.

« Il y a tout ce sentiment de culpabilité qu'il a fallu gérer. Il n'y a pas de coupable. Il faut savoir que c'est une pandémie, et que ça ne sert à rien de vouloir maintenir ce grand point d'interrogation, on a fait faux, de culpabilité. C'est ça qui est problématique. Il faut déculpabiliser les gens. » (Maurice, équipe direction, 11 mars 2021)

L'épuisement lié au fait d'avoir été malade, mais aussi à la tension accumulée depuis le début de la pandémie, est également mentionné. Mme H, une des résidentes l'a également mentionné en parlant du personnel : « Tout le monde était fatigué on le voyait, et ceux qui sont restés à la maison et après sont revenus ils étaient tous fatigués ».

La résilience d'un EMS en crise

Trois caractéristiques sont ressorties des entretiens avec les employé-es lorsqu'ils et elles ont décrit leur travail, leurs dilemmes et les actions entreprises.

Tout d'abord, ils et elles partageaient une vision similaire de ce qui est considéré comme important dans leur travail, à savoir fournir des soins individualisés aux résident-es âgé-es. Alors que chaque rôle pouvait être décrit comme une série de tâches, les explications étaient accompagnées de descriptions de la manière dont elles et ils répondaient aux besoins individuels des résident-es.

Une deuxième caractéristique est que l'équipe est stable et qu'il y a peu de roulement dans l'EMS. Les équipes se connaissent bien entre elles, ainsi que les résident-es et les familles. L'une des résidentes interrogées, qui était là depuis trois ans, a décrit comment le personnel était comme une famille pour elle. Le personnel a souvent mentionné qu'il connaissait bien les résident-es et les familles et que cela l'aidait dans son travail. Un membre de l'équipe de direction a mentionné cette stabilité et la familiarité en décrivant l'EMS :

« La cohésion de groupe alors c'est le gros avantage d'être là depuis 21 ans. Pour reprendre le terme, c'est quand même une petite famille. Et puis, l'autre avantage ici, c'est que par rapport à d'autres EMS il y a peu de tournus. »
(Maurice, équipe direction, 11 mars 2021)

Troisièmement, il semble y avoir un espace de discussion pour aborder les difficultés. Par exemple, plusieurs membres du personnel ont mentionné des tensions internes concernant la réponse à apporter lorsque le Covid-19 s'est répandu dans le foyer. Certain-es ont exprimé des opinions différentes sur ce qui aurait dû être fait différemment ou amélioré. Ces tensions et opinions divergentes ont été discutées au sein de l'EMS et externalisées par le personnel et les responsables. Bien que le personnel ait exprimé sa frustration face aux situations auxquelles il avait été confronté, aucune des personnes interrogées n'a fait part d'un manque d'espace pour discuter de ces questions. Beaucoup ont reconnu que des discussions avaient eu lieu. Par exemple, l'avis du personnel a été recueilli après chaque vague et différents types de réunion ont été organisés pour leur permettre de s'exprimer.

Ces trois caractéristiques sont également liées aux deux pierres angulaires de la réponse : la flexibilité du personnel et la proximité des managers.

Flexibilité et entraide des équipes : clefs de la réponse

Lors de la première vague de la pandémie, l'équipe de direction a envoyé un questionnaire demandant à chaque membre du personnel s'il ou elle travaillerait dans la chambre d'un-e résident-e testé-e positif/ve au Covid-19. L'objectif était de définir un plan basé sur les choix des équipes. Lorsque le Covid-19 s'est répandu dans l'EMS plusieurs mois plus tard, tout le monde s'est mobilisé

pour aider, même celles et ceux qui avaient initialement dit qu'ils et elles préféraient ne pas le faire :

« Tout le monde était là, même ceux qui comme moi au début ne voulaient pas, mais là on ne se pose plus la question, on est là et tout le monde fonce dans la vague. » (Nathalie, Hôtellerie, 16 février 2021)

Il s'agit d'un exemple de la manière dont les équipes se sont adaptées et réorganisées à maintes reprises pour protéger les personnes âgées. Les réadaptations impliquaient souvent de travailler plus longtemps, et d'assumer des tâches et des rôles totalement nouveaux.

Un fort sentiment de solidarité s'est développé à chaque étape de la pandémie, en particulier lorsque la crise a éclaté. Plusieurs personnes ont mentionné qu'une véritable approche multidisciplinaire leur a permis de surmonter certaines différences entre les différents secteurs de travail. La solidarité du personnel a été la ressource la plus mentionnée :

« Tout le monde s'aidait. Même si moi ce n'était pas mon travail de nettoyer, s'il fallait nettoyer, j'allais nettoyer, ou apporter un plateau, ou plier des blouses à la lingerie, tout le monde aidait. » (Giselle, Administration, 15 février 2021)

Trois personnes de l'hôtellerie ont également mentionné la polyvalence du secteur comme facteur ayant favorisé la flexibilité :

« On est tous un peu polyvalents, moi s'il faut que je monte dans une chambre je vais me débrouiller, le collègue peut descendre à la lingerie aider aussi, on est tous formés pour se débrouiller pour faire un peu de tout, on peut faire tout. » (Nadia, Hôtellerie, 16 février 2021)

L'adaptabilité implique également de trouver des solutions. Sabina a décrit à quel point il était important pour elle d'être capable de trouver des solutions de manière collective :

« Les meilleures solutions c'était de discuter, de se retrouver en colloque, il n'y a rien de pire qu'une personne toute seule de prendre vite fait une décision, en équipe c'est toujours mieux il y a toujours quelqu'un qui a une idée qui peut toujours bien tomber. » (Sabina, Soins, 12 mars 2021)

Cela ne signifie pas que les problèmes étaient absents. Certain-es ont mentionné des lacunes dans la coordination entre les infirmiers/ères et les aides-soignant-es au début de la crise. Les avis divergent également sur la raison pour laquelle une équipe travaillant exclusivement avec les cas de Covid-19 n'a pas été déployée plus tôt afin de réduire le nombre de personnes se rendant dans les chambres des résident-es positifs et positives. Certain-es membres du personnel ont estimé qu'avant la pandémie, les équipes infirmières étaient déjà surchargées de travail, qu'elles n'étaient donc pas en mesure d'en assumer davantage, et qu'il aurait fallu recruter beaucoup plus de personnel dès le début pour aider à faire face à une telle situation. Les personnes qui ont fait part de ces opinions ont également déclaré qu'elles avaient déjà émis ces critiques et préoccupations à la direction et en avaient discuté au sein des équipes.

Proximité des cadres et de l'équipe de direction : une force essentielle

Tout au long des entretiens, le rôle des cadres et de la direction, y compris du directeur, est apparu comme important pour faire face à la crise. La proximité des managers avec les personnes âgées et les travailleurs et travailleuses de première ligne a été perçue comme un soutien vital pour le personnel. De nombreux

problèmes inattendus se posent quotidiennement, et il est crucial de pouvoir s'adapter à l'évolution de la situation et des besoins des résident-es et du personnel. Plusieurs membres du personnel ont mentionné que les cadres s'étaient directement impliqué-es dans des tâches auprès des personnes âgées afin d'aider au plus fort de la crise. Certain-es responsables ont été pris-es par d'autres problèmes urgents, comme la recherche des intérimaires, et n'ont donc pas été aussi présent-es et disponibles que les équipes l'auraient souhaité. Cependant, dans l'ensemble, le personnel a décrit les managers comme une grande source de soutien, flexible et tenant compte de la réalité du terrain. Ce point est également apparu dans les descriptions générales du fonctionnement de l'EMS en dehors de la crise. Par exemple, l'un des résidents a décrit le directeur de la manière suivante :

« Il ne reste pas dans son bureau. Il est partout. Il circule partout. Vous le voyez partir à gauche il ressort par la droite. Il est à l'écoute, il essaye toujours de faire quelque chose. » (Monsieur F, résident, 17 février 2021)

Une bonne communication interne a également été primordiale. Il y a eu une transparence sur les difficultés rencontrées, le nombre de personnes malades ou décédées, et des mises à jour régulières sur les changements étaient envoyées au personnel et aux familles afin que tout le monde ait le même niveau d'information. Le personnel a souvent décrit les responsables comme étant accessibles et leur fournissant les informations dont ils et elles avaient besoin pour effectuer leur travail.

La proximité de la direction, la flexibilité des équipes, la stabilité du personnel, une vision commune des soins centrés sur la personne et la capacité à exprimer ses préoccupations n'ont pas pu empêcher une crise de se produire. Elles ont néanmoins aidé la maison à la surmonter et à revenir rapidement à une approche individuelle des soins aux résident-es.

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'étude de cas « Les Clochettes » examine l'impact de la pandémie sur la capacité d'un EMS à fournir des soins aux résident-es âgées qui y vivent, en se concentrant sur l'expérience du personnel et des résident-es. Prendre soin des personnes comprend le respect de l'individualité afin de promouvoir autonomie, confort, sécurité et besoins affectifs. Ce soin se construit en grande partie à travers les interactions permanentes entre le personnel et les résident-es.

La pandémie a eu un impact sur ces interactions de plusieurs façons. Par exemple, le Covid-19 a renforcé le rôle de l'EMS étudié dans la décision des mesures qui affectent la vie quotidienne des résident-es. En tant que telle, elle a eu un impact direct sur le « transfert de responsabilité » identifié par Maze et Nocerino (2017), où les résident-es décident des responsabilités à déléguer au personnel. Lors de la pandémie, la capacité des résident-es à négocier les transferts de responsabilité a diminué lorsque certaines décisions ont été confiées à l'institution, comme les mesures de protection et de distanciation. On peut soutenir que certaines de ces décisions n'étaient pas non plus du ressort de l'EMS, car elles reflétaient les politiques fédérales ou cantonales.

Les négociations autour de la gestion du temps institutionnel et individuel soulevées par Rimbert (2005) ont été également impacté, en particulier pendant l'épidémie, lorsque l'EMS a dû rationner le temps et ne pouvait plus répondre systématiquement aux besoins individuels. Les résident-es ont dû s'adapter au rythme de l'établissement, avec un personnel débordé, et des résident-es asymptomatiques ou non malades ayant au contraire « du temps à perdre ».

L'impact sur la prestation des soins peut être observé à travers les deux cas de figure dans lesquels l'EMS s'est retrouvé face à la pandémie. Dans le premier cas, l'EMS a été mis sous pression face à la menace d'une épidémie à l'intérieur de ses murs. Les ressources organisationnelles n'ont pas été directement touchées

et ont pu être mobilisées pour les soins individuels et pour pallier l'effet négatif des mesures de protection sur la vie des résident-es. Les équipes d'animation ont pu se concentrer sur le renforcement des liens sociaux individuels des résident-es. Il apparaît cependant clairement que la fermeture de l'EMS aux visites pendant plusieurs mois a eu un coût élevé pour les résident-es. Cela souligne l'importance pour les personnes âgées de pouvoir être physiquement avec leur famille et de maintenir des liens sociaux en dehors de l'institution.

Dans le second cas de figure, l'EMS a dû gérer une épidémie. Cela a conduit à une véritable crise, car les besoins des résident-es ont augmenté alors que la principale ressource organisationnelle de la maison était touchée – son personnel. Dans cette situation, l'adaptation aux besoins individuels des résident-es n'était plus systématique, mais basée sur leur niveau de dépendance et leurs besoins médicaux. Les tensions autour de la gestion du temps étaient l'une des principales préoccupations soulevées par le personnel. Le service des repas dans les chambres, les mesures de protection contre les infections et les besoins accrus ont augmenté le temps nécessaire pour tout faire, en même temps que le nombre de cas d'infection parmi le personnel allait croissant. Cela a poussé le personnel à donner la priorité à certaines tâches et à accélérer leur rythme de travail, impliquant une diminution du temps d'interaction avec les personnes âgées.

L'étude a également montré à quel point la résilience de l'organisation repose sur son personnel. En un sens, les caractéristiques du personnel qui garantissent la qualité des soins individualisés sont aussi celles qui favorisent la résilience pour traverser une crise et revenir rapidement à des soins individualisés et diversifiés pour les résident-es. Cela comprend :

- avoir des équipes qui partagent une approche centrée sur le/la résident-e dans leur travail, de sorte qu'elles recherchent des solutions qui la favorisent ;

- avoir des équipes capables de s'adapter rapidement à des situations changeantes et d'essayer de nouvelles méthodes de travail ;
- développer la confiance et l'interconnaissance entre le personnel, entre le personnel et les résident-es, et entre le personnel et les familles,
- disposer d'une équipe de direction proche du personnel et des résident-es, consciente des problèmes de fond rencontrés et capable d'apporter le soutien nécessaire, et encourageant le développement d'une culture de travail où l'on parle des problèmes.

Cette étude s'est concentrée sur ce qui s'est passé à l'intérieur d'un EMS en se basant sur des entretiens menés principalement avec le personnel. Il n'est donc pas surprenant que tant de conclusions soient centrées sur les équipes et il est clair qu'elles constituent un pilier essentiel de la réponse. Elles se sont retrouvées, par la force des choses, en première ligne de la pandémie, luttant pour protéger certaines des personnes les plus vulnérables de la société. Au terme de cette enquête, on peut s'interroger sur la place accordée aux EMS dans une stratégie cantonale ou fédérale de réponse à la pandémie – et ce, particulièrement pendant la deuxième vague –, tant ces structures semblent avoir été livrées à elles-mêmes dans leur recherche de solutions pour les résident-es et leur personnel durant la crise.

BIBLIOGRAPHIE

- Anchisi, Annick, Cornelia Hummel et Corinne Dallera (2014). « Finir sa vie en établissement médico-social : mourir dans un 'lieu de vie'. » *Krankenpflege* 8(8): 67-69.
- Caleca, Catherine et Clémence Perrier (2020). « Liberté chérie : qu'en est-il de la liberté d'aller et venir pour un résident en institution ? » *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 20(118): 217-228.

Caradec, Vincent (2015). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Armand Colin.

Comas-Herrera, Adelina, Joseba Zalakaín, Elizabeth Lemmon et al. (2020). « Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. » *Article in LTCovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE*.

Goffman, Erving (1968). *Asiles*. Paris : Éditions de Minuit.

Macia, Enguerran, Nicole Chapuis-Lucciani, Dominique Chevé et al. (2008). « Entrer et résider en maison de retraite : des relations de pouvoir autour du corps. » *Revue française des affaires sociales* 1(1): 191-204.

Mallon, Isabelle (2007). « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? » *Gerontologie et société* 30(2): 251-264.

Mazé, Léa et Pierre Nocerino (2017). « Analyser l'accueil des personnes âgées en institution. De l'autonomie aux transferts de responsabilité. » *ethnographiques.org* 35.

Oris, Michel, Diego Ramiro Fariñas, Rodriguez Pujol et al. (2020). « La crise comme révélateur de la position sociale des personnes âgées », dans Gamba, Fiorenza, Marco Nardone, Toni Ricciardi et Sandro Cattacin (éds.). *Covid-19 Le regard des sciences sociales*. Zürich: Seismo, p.179-191.

Paddock, Katie, Christine Brown Wilson, Catherine Walshe et al (2019). « Care Home Life and Identity: A Qualitative Case Study. » *The Gerontologist* 59(4): 655-664.

Poisson-Goulais, Ariane (2005). « Relation entre lien social et dépendance de la personne âgée », dans Poisson-Goulais, Ariane (éd). *Dépendances Paradoxes de notre société ?* Toulouse : Erès, p.143 à 162.

Riello, Marianna, Marianna Purgato, Chiara Bove et al. (2020). « Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy. » *Royal Society Open Science* 7(9): 1-26.

Rimbert, Gérard (2005). « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite. » *Lien social et Politiques* (54): 93-104.

Van der Roest, Henriëtte G., Marleen Prins, Claudia van der Velden, Stephanie Steinmetz, Elske Stolte, Theo G. van Tilburg et Danny H. de Vries (2020). « The impact of COVID-19 measures on well-being of

older long-term care facility residents in the Netherlands. » *Journal of the American Medical Directors Association* 21(11): 1569-1570.

Strausbaugh, Larry J., Shirin R. Sukumar, Carol L. Joseph, and Kevin P. High (2003). « Infectious disease outbreaks in nursing homes: an unappreciated hazard for frail elderly persons. » *Clinical Infectious Diseases* 36(7): 870-876.

SOURCES :

Botti Dominique (2020), Soignants contaminés Le sous-effectif pousse les EMS romands au bord du gouffre, *Tribune de Genève*, 21 novembre : <https://www.tdg.ch/le-sous-effectif-pousse-les-ems-romands-au-bord-du-gouffre-737322964369> (consulté le 15/9/2021)

Conseil d'éthique de la Fegems (2011), Charte Ethique de la Fegems : https://www.fegems.ch/content/files/charte_ethique_2011.pdf, (consulté le 23/4/2021)

Conseil fédéral (2020), Coronavirus : le Conseil fédéral qualifie la situation de « situation extraordinaire » et renforce les mesures : <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-78454.html>, (consulté le 1/12/2020)

Office cantonal de la statistique (OCSTAT) (2019), *Les établissements de santé à Genève, résultats 2017*, OCSTAT, pp.4 : www.ge.ch/statistique

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2021), *Décès liés au COVID-19 en Suisse et en comparaison internationale*, Bern: Département fédéral de l'intérieur, Confédération Suisse, mimeo

Office fédéral de la statistique (OFS) (2019), *Population des établissements médico-sociaux en 2017*, Neuchâtel: OFS - Office fédéral de la statistique, [en ligne], www.statistique.ch

Service du médecin cantonal (2021), *Covid-19 Point Epidémiologique Hebdomadaire Canton de Genève Semaine 10*, Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES) Direction générale de la santé : <https://www.ge.ch/document/19696/annexe/6>

Service du médecin cantonal et UNIGE (s. d.), COVID19 à Genève. Données cantonales, *Tableau de bord Covid-19 à Genève* : <https://infocovid.smc.unige.ch/> (consulté le 18/5/2021).

CHAPITRE 9. QUAND L'AIDE ALIMENTAIRE REBAT LES CARTES DE L'ACTION SOCIALE : AU CŒUR DE LA GESTION DE CRISE AUX VERNETS

Océane Corthay et Lucas Duquesnoy

RÉSUMÉ

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19 survenue au printemps 2020, le Canton de Genève s'est retrouvé confronté à une crise sociale majeure. Afin d'y faire face, les acteurs/rices du système de politiques sociales genevois ont mis en place, dans un laps de temps très court, un dispositif d'aide alimentaire d'urgence. Les images de personnes faisant la queue pendant des heures pour un colis alimentaire sont inscrites dans la mémoire collective suisse comme l'un des moments emblématiques des ravages de la crise sanitaire. En s'appuyant sur des données qualitatives récoltées lors d'entretiens semi-directifs menés auprès d'acteurs et d'actrices impliqué-es dans l'organisation de ce dispositif hors-norme, ce chapitre montre comment cette crise appréhendée à travers plusieurs régimes (alerte, crise, humanitaire et sortie de crise) a permis de reconfigurer la coordination entre les différent-es acteurs/rices. En cela, elle a représenté une opportunité à saisir en vue d'apporter des améliorations durables au système de politiques sociales genevois - dont les failles ont été mises en évidence par la crise.

INTRODUCTION

« A Mile-long Line for Free Food in Geneva, One of the World's Richest Cities »⁴⁰ titre le New York Times le 30 mai 2020. C'est une image presque impossible à concevoir dans une ville d'importance mondiale, plus connue pour ses banques, son industrie horlogère et les organisations internationales qui y sont localisées, que pour la précarité d'une partie de sa population. Les images de ces files d'attente au sein d'une patinoire où plus personne ne joue font le tour du monde. Dans un documentaire diffusé à la Radio-Télévision Suisse en février 2021, le sociologue Sandro Cattacin compare d'ailleurs le poids symbolique de ces distributions à celui des cercueils de Bergame en Italie⁴¹.

Figure 1 : Distributions de colis alimentaire à la patinoire des Vernets



Source : Kathelijne Reijse-Saillet, mai 2020

●

⁴⁰ <https://www.nytimes.com/2020/05/30/world/europe/geneva-coronavirus-reopening.html> (consulté le 6/6/2021)

⁴¹ RTS, « Pandémie sur les traces du virus » <https://www.rts.ch/play/tv/doc-evenement/video/pandemie-sur-les-traces-du-virus?urn=urn:rts:video:11993655> (consulté le 4/6/2021)

Indéniablement, les événements de la patinoire des Vernets ont mis sous tension le système d'aide sociale genevois, qui a dû répondre à l'urgence dans un laps de temps très court. À la limite de la faillite organisationnelle, le système social a néanmoins réussi à trouver une manière inédite de s'adapter et pour partie de se transformer. C'est dans cette transformation que s'est jouée le test de robustesse du système, sans doute bien plus que dans la réponse en tant que telle.

La réponse d'urgence qui intervient ici s'inscrit dans la logique de double subsidiarité caractéristique du système social suisse. Inscrite dans la constitution fédérale, elle stipule que « l'attribution et l'accomplissement des tâches étatiques se fondent sur le principe de subsidiarité » (article 5a). Concrètement, elle s'articule autour de deux grands principes : la territorialité des politiques sociales et le rôle important dévolu aux acteurs/rices non-étatiques, privé-es ou parapublics/ques (Cattacin & Vitali, 1997). Les difficultés rencontrées par l'État à répondre à de nouveaux problèmes sociaux participent à la délégation de ses compétences vers des acteurs et actrices de terrain, plus à même de trouver des réponses à ces problèmes, à savoir les cantons, les communes et les associations. Soulet parle ainsi d'un « État social sans État, composé de beaucoup d'États » (2010, p.30), reposant sur le primat de l'initiative privée par rapport à l'action publique. Cependant, le report sur les individus de la responsabilité de cette solidarité ne serait, selon l'auteur, pas aussi brutal qu'ailleurs, et ce en raison d'un « habitus culturel » (Ibid.) bien ancré dans un pays marqué par des figures de l'humanitaire comme Henry Dunant, fondateur de la Croix-Rouge.

Cette organisation bien rodée n'élimine cependant pas la précarité en Suisse. Bien que la Suisse dépense 27,5 % de son produit intérieur brut (PIB) dans des dépenses sociales (Soulet, 2010, p. 30), l'Office fédéral de la statistique (OFS) estime en 2019

qu'environ 735'000 personnes, soit 8,7 %⁴² de la population suisse, vivent en dessous du seuil de pauvreté. Cette précarité est connue. Le rapport sur la pauvreté, commandé en 2016 par le Canton de Genève, montre que 13% de la population genevoise touche au moins une prestation (DSPS, 2016). Parmi les facteurs de cette précarité figure la mauvaise connaissance du système de prestations sociales de la part de la population – ayant elle-même pour cause principale un déficit en matière d'information. Ce constat est partagé par un autre rapport, portant cette fois-ci sur le non-recours (Lucas et al., 2019). Aussi, l'étude menée par Bonvin et ses collègues sur les bénéficiaires des colis alimentaires distribués à la patinoire des Vernets confirme qu'un « nombre important de ces personnes ne perçoivent aucune aide publique ou privée bien qu'ils aient vu leur revenu diminuer ou aient perdu leur travail » (Bonvin et al., 2020, p.31).

Dans l'optique de poursuivre cet effort de documentation nécessaire à l'amélioration de ce système de politiques sociales, nous chercherons à caractériser l'enchaînement des principales prises de décision qui ont jalonné la gestion de la crise. Cette dernière a en outre produit une reconfiguration de la coordination entre les différent-es acteurs et actrices du réseau mobilisé, que nous chercherons à mieux qualifier. Cette analyse se base principalement sur douze entretiens semi-directifs avec onze acteurs/rices directement impliqués-es dans la logistique et les prises de décision autour des distributions alimentaires des Vernets. Avec le plein accord des participant-es, nous avons fait le choix de ne pas anonymiser ces entretiens, les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenues n'étant pas uniquement des représentant-es de leur organisation, mais plutôt les protagonistes d'une histoire qui marquera durablement l'imaginaire collectif.

●
⁴² OFS, Pauvreté, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/bien-etre-pauvrete/pauvrete-et-privations-materielles/pauvrete.html> (consulté le 8/6/2021)

LE SYSTÈME GENEVOIS DE POLITIQUES SOCIALES ADOSSÉ À UN RÉSEAU DENSE ET COMPLEXE

Dans le domaine des politiques sociales, le Canton et les communes bénéficient de larges prérogatives dans leur définition et leur mise en œuvre. Le privé social – associations, fondations – joue également un rôle « essentiel et parfois novateur » (Bonvin et al., 2020, p.10) dans l'élaboration et l'application des politiques sociales (Lucas et al., 2019). Ce réseau touffu et complexe de prestations sociales peut être schématiquement résumé comme suit : selon la Loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (LRT-1 – loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton, rsGE A205), le Canton a prioritairement la charge de l'action sociale individuelle et dispose pour ce faire de huit prestations sociales auxquelles les personnes peuvent prétendre sous conditions et selon un ordre hiérarchique établi par la Loi sur le revenu déterminant unifié (LRDU) - J406. Parallèlement à cette offre cantonale, les communes peuvent également proposer des prestations financières collectives, appelées action sociale communautaire (Lucas et al, 2019).

Ce dispositif d'action sociale est complété par un réseau associatif constitué d'environ 200 organisations qui interviennent de manière complémentaire à l'action étatique. Par opposition au Canton – qui délivre ses prestations par l'intermédiaire de l'Hospice Général, et qui est soumis à un cadre législatif et institutionnel strict – ces acteurs et actrices de proximité bénéficient de plus d'autonomie dans la mise en place de services ou de dispositifs sociaux. Ils constituent de véritables « antennes sur le terrain ». Une partie de ces associations se fédère au sein d'un réseau, le Collectif d'association pour l'action sociale, afin de pouvoir coordonner leurs actions et partager leurs compétences (Ibid.).

« PASSER ENTRE LES MAILLES DU FILET » : LIMITES ET DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTÈME

Pourtant, aussi dense et généreux soit-il, force est de constater que ce système ne parvient pas pleinement à prendre en charge des situations sociales précaires de plus en plus complexes (DSPS ⁴³, 2016), laissant ainsi passer un certain nombre de personnes « entre les mailles du filet ». Le phénomène de non-recours est un facteur clé dans la compréhension de cette précarité grandissante. Ce dernier s'explique principalement par un déficit de communication autour des prestations pouvant être délivrées, par la complexité et la densité du réseau d'institutions délivrant ces prestations, ainsi que par la difficulté à se reconnaître en tant qu'ayant droit, notamment pour les personnes âgées et les personnes étrangères (Lucas et al, 2019).

Bien qu'elle soit centrale à la logique de subsidiarité, une mauvaise coordination est mentionnée à diverses reprises lors de nos entretiens comme étant un frein à la pleine exploitation des ressources qu'offre le tissu social genevois. Cette difficulté s'explique, notamment, par des tensions autour de questions financières, renvoyant à la problématique de la répartition des charges et des compétences. La dichotomie instituée par la législation d'une aide individuelle assurée par le Canton et d'une action communautaire gérée par les communes est dans les faits fréquemment amenée à être renégociée entre les acteurs/rices. Découle de ces tensions une tendance au fonctionnement en silos ; entrave majeure à l'efficacité du dispositif social.

Le cas paradigmatique de l'aide alimentaire

En l'absence de législation encadrant la question de l'alimentation, le Canton, via l'Hospice Général, n'est pas en mesure d'allouer



⁴³ Département de la sécurité, de la population et de la santé

directement des aides monétaires ou en nature aux personnes confrontées à l'insécurité alimentaire mais ne pouvant accéder aux prestations sociales cantonales conditionnées. L'aide alimentaire n'entre pas, en effet, dans le champ des politiques publiques cantonales, du moins avant la crise du Covid-19. Sa prise en charge est donc essentiellement assurée par des organisations du secteur associatif et certaines communes dotées de services sociaux développés.

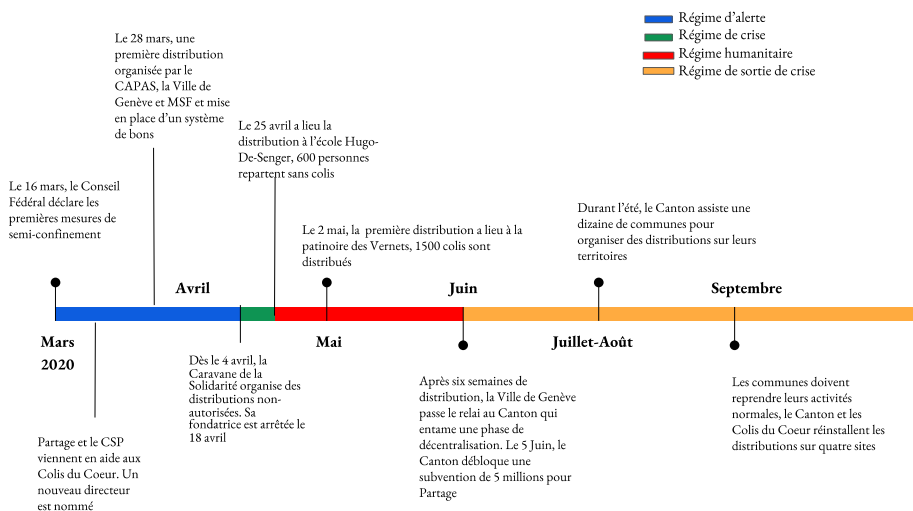
L'absence de législation, et donc de politique publique sur la question, offre une belle illustration du principe de subsidiarité tout en questionnant la manière dont est pensée l'aide alimentaire dans un pays riche comme la Suisse. Œuvrant dans une logique de complémentarité vis-à-vis des structures publiques cantonales, les organisations caritatives – et dans certains cas les communes – interviennent sur un terrain encore vierge de toute action étatique. Cette solution associative de distributions d'aide en nature, principalement permise par des dons et l'engagement de bénévoles, s'est progressivement institutionnalisée, jusqu'à devenir une norme, tant aux yeux de la société civile que du monde politique (Ossipow & Cuénod, 2019).

S'ORGANISER DANS L'URGENCE : LA SUBSIDIARITÉ COMME AGILITÉ

La structure subsidiaire du système de politiques sociales pose donc un certain nombre de défis à son bon fonctionnement. La question qui nous intéresse ici est de montrer en quoi, dans le cas d'une crise comme celle des Vernets, cette subsidiarité a été une source d'agilité dans la manière dont la réponse s'est mise en place. Afin d'analyser la manière dont cette gestion de crise s'est construite et dont ce principe de subsidiarité s'est concrétisé, nous avons découpé la chronologie des événements en quatre régimes : i) un régime d'alerte, ii) un régime de crise, iii) un régime humanitaire, et iv) un régime de sortie de crise.

Ces quatre régimes se distinguent les uns des autres selon trois dimensions. La première est la manière dont se caractérisent les relations qu'entretiennent les acteurs et actrices composant le noyau dur des opérations. Ces relations peuvent être de trois types : i) historique, ii) contingente, ou iii) complémentaire. La deuxième dimension caractérise le type d'expertise investie dans les opérations : i) celle relative à la connaissance de la population, ii) à la logistique, iii) aux infrastructures et iv) à la gestion des bénévoles. Enfin, notre troisième dimension traite du type de prestations sociales délivrées aux bénéficiaires. Elles peuvent être de nature institutionnelles – attribuées sous conditions de ressources et impliquant un passage par les voies sinueuses de l'administration –, associatives – nécessitant un passage par un service social ou une association –, ou inconditionnelles – le seul déplacement sur les lieux suffit.

Figure 1: Chronologie de la crise des Vernets



LE RÉGIME D'ALERTE : DES ANTENNES DISPERSÉES SUR LE TERRAIN

Le 16 mars 2020, lorsque le Conseil Fédéral décrète le semi-confinement, les acteurs et actrices de l'action sociale, tant institutionnel-les qu'associatifs/ves, se montrent inquiets/ètes ; les conséquences sociales de cette crise sanitaire sont à prévoir. « On savait qu'il y avait vraiment des personnes en situation de fragilité sociale. (...). Donc on imaginait bien qu'au début du Covid, avec un arrêt brutal des emplois, le confinement allait aboutir à une situation difficile » (Serge Mimouni, directeur adjoint, Département de la cohésion sociale et de la solidarité de la Ville de Genève, 25/11/2020). L'état des lieux de la précarité sur le Canton est en effet connu. Les différent-es acteurs et actrices sont aux aguets, et soucieux/ses de pouvoir continuer à délivrer leurs prestations respectives malgré le contexte pandémique.

Ainsi, dans une urgence encore toute relative, ce sont naturellement les associations qui, disséminées sur le territoire cantonal, s'activent et captent les premiers signaux d'une crise en devenir : « Donc on a su qu'on allait au-devant de gros problèmes grâce à elles, qui sont nos antennes sur le terrain » (Hossam Adly, secrétaire général adjoint, Département de la cohésion sociale et de la solidarité du Canton de Genève, 25/2/2021).

Une interconnaissance historique mise à profit

Dans un premier temps, le noyau dur d'acteurs et d'actrices de ce régime d'alerte se structure autour du sauvetage de la Fondation des Colis du Cœur, actrice centrale de l'aide alimentaire et dont la pandémie menace l'existence. Un unique poste salarié à mi-temps, des bénévoles en grande partie âgé-es (et donc potentiellement à risque de contracter le virus et développer une forme grave de la

maladie), et des infrastructures inadaptées ne lui permettent plus d'assurer ses distributions de denrées alimentaires auprès de personnes précaires, en pleine pandémie de Covid-19. Dès lors, le directeur de la section genevoise du Centre social protestant (CSP) et Président du Collectif d'association pour l'action sociale, ainsi que le directeur de la Fondation Partage – la banque alimentaire genevoise – se mobilisent : face à la crise sociale qui s'annonce, la fermeture de cette institution-clé de l'aide alimentaire n'est pas envisageable. L'étroite collaboration qui se met en place à ce moment-là, et qui va permettre de consolider les Colis du Cœur, via la nomination d'un nouveau directeur et la création de quatre nouveaux postes, est facilitée par une interconnaissance forte et établie de longue date.

Soutenus par son réseau, les Colis du Cœur organisent, le 28 mars 2020, une première distribution de colis décentralisée dans quatre écoles du canton. L'objectif principal est de « reconstruire une base de données » (Pierre Philippe, directeur, Colis du Cœur, 03/12/2020), soit d'enregistrer les coordonnées des bénéficiaires, afin de pouvoir par la suite leur faire parvenir par voie postale des bons alimentaires à dépenser en grandes surfaces. Cette opération va être orchestrée par la mobilisation d'un réseau d'acteurs et d'actrices qui, sans être quotidiennement amené-es à travailler ensemble « en temps normal », se connaissent et/ou se reconnaissent une légitimité réciproque.

Des expertises complémentaires et reconnues

Afin de mettre en place ce premier système B permettant de répondre à des besoins malgré la pandémie, le trio associatif évoqué précédemment va rapidement solliciter l'aide de deux autres acteurs/rices clés de cette histoire : la Ville de Genève et Médecins Sans Frontières (MSF). Face à la nécessité de trouver des locaux permettant le respect des mesures sanitaires, Isabelle Widmer, cheffe du service des écoles de la Ville de Genève, forte

d'une expérience passée dans l'humanitaire, est alors sollicitée par Serge Mimouni, directeur du département de la Cohésion sociale. Les distributions pourront avoir lieu dans des écoles, Isabelle Widmer apportera son aide sur le volet logistique et mobilisera sur une base volontaire les employé-es de son service pour pallier aux ressources manquantes des Colis du Cœur.

« *Le concept* » comme l'appellent les interviewé-es est donc celui d'un circuit de distribution dans une école. Cette expertise logistique que lui permet son bagage humanitaire est complétée par celle de MSF, appelé en renfort par Pierre Philippe, directeur des Colis du Cœur, familier lui aussi de l'humanitaire. Emblème de l'ampleur de la crise sanitaire, MSF vient d'ouvrir pour la première fois de son histoire une mission à Genève, afin de mettre à disposition de toute organisation qui le souhaite son expertise en matière de gestion des flux de personnes en contexte de crise.

Le 28 mars 2020, quatre écoles accueillent des distributions coordonnées par les Colis du Cœur. Une logique de complémentarité des expertises de chacun-e des acteurs et actrices s'instaure. Partage, les Colis du Cœur et le Collectif d'association pour l'action sociale – représenté par le directeur du CSP – sont des acteurs et actrices traditionnel-les de l'entraide associative genevoise. Leur connaissance des franges précaires de la population constitue leur principale expertise. Pour compléter cette importante opération de distributions, la Ville de Genève gère le volet « infrastructures », dont elle est la seule à détenir l'accès, tandis que le savoir-faire spécifique d'Isabelle Widmer et l'expertise de MSF viennent assurer le volet logistique de cette organisation.

Des prestations associatives : une accessibilité relative

À la suite de ces premières distributions à l'occasion desquelles les coordonnées des bénéficiaires sont enregistrées, se met en

place un système d'envoi postal de bons d'achat, assuré grâce à la collaboration indéfectible des acteurs/rices centraux/ales de ce temps de l'alerte : Partage et les Colis du Cœur fournissent les bons, et le CSP se charge de la mise sous-pli et de l'envoi.

Dans ce régime d'alerte qui voit déjà l'apparition de certains changements, une chose persiste : les conditions d'accès aux prestations. À mi-chemin entre des aides institutionnelles – à l'accès complexe et conditionné - et des aides rudimentaires – ou inconditionnelles – répondant à une urgence vitale, les colis alimentaires des Colis du Cœur, puis les bons d'achat, sont distribués aux personnes ayant été adressées par un service social ou une association agréée. C'est une des limites majeures du système. Cette organisation en cours de restructuration n'est pas prête à absorber le flot de personnes que la crise sanitaire et économique est en train de faire basculer dans la précarité.

La Caravane de la Solidarité punie : emblème d'une crise qui passe sous les radars

Ailleurs sur le terrain, une autre antenne capte des signaux de la crise, alors invisibles aux associations traditionnelles. Petite association composée de deux couples d'ami-es bénévoles et habituellement active auprès des personnes réfugié-es et sans-papiers, la Caravane de la Solidarité anticipe les besoins croissants d'une frange de la population qui n'accède pas au dispositif d'aide alimentaire des Colis du Cœur.

La fondatrice de cette jeune organisation distribue dès le 4 avril 2020, de manière complètement autonome, des colis alimentaires dans les rues de Genève. Pendant trois week-ends consécutifs, la Caravane de la Solidarité – qui n'est alors qu'une remorque remplie de denrées, attelée à une voiture – informe et mobilise, via son réseau personnel, donateurs/rices et personnes précarisées par la crise. N'ayant pas obtenu d'autorisation, ces attroupements de personnes (jusqu'à 460 personnes) en pleine

période de restrictions sanitaires valent finalement à l'initiatrice de l'opération d'être arrêtée par la police, le samedi 18 avril 2020.

Cette arrestation marque une étape-clé dans le processus de décisions qui mènera à terme aux Vernets. « Ça a ému beaucoup de monde dans la République (...) » (Alain Bolle, directeur, CSP, 18/11/2020). L'onde de choc que provoque cet événement au sein de la population témoigne d'un décalage profond entre le cadrage « crise sanitaire », qui justifie l'intervention policière, et le cadrage « enjeu humanitaire », qui justifie la prise de risque de la Caravane de la Solidarité.

Au sentiment d'aberration que suscite l'événement en soi, s'ajoute le constat de l'incapacité du système de bons d'achat des Colis du Cœur – et plus largement du système social – à atteindre une population de personnes sans statut légal, invisible jusqu'ici mais que l'arrêt brutal de l'économie – principalement des secteurs de la restauration et de l'économie domestique – est en train de faire sortir dans la rue. Les failles du système social se révèlent au grand jour : peut-on laisser des gens mourir de faim dans la ville de l'humanitaire ? Le régime d'alerte bascule en l'espace de quelques jours dans un régime de crise.

LE RÉGIME DE CRISE : UN PREMIER EFFORT DE CENTRALISATION

La prise de conscience brutale de l'insuffisance de la réponse des acteurs/rices traditionnel-les fait basculer le régime d'alerte dans un régime de crise. Articulé autour d'un cercle d'acteurs/rices et d'expertises qui s'élargit, des prestations de plus en plus faciles d'accès, le régime qui se met en place en l'espace d'une semaine témoigne de la logique d'urgence qui régit désormais les dynamiques du réseau mobilisé.

La Ville et l'engagement citoyen : légitimer et coordonner de nouvelles énergies

Le régime de crise se caractérise avant tout par une gestion de crise coordonnée par la Ville de Genève qui décide, face à la crise humanitaire qui guette, de prendre les choses en main. A cela s'ajoute, l'entrée en scène d'acteurs et d'actrices non-conventionnel-les. Le noyau d'acteurs/rices central dans les événements qui vont suivre émerge cette fois-ci de relations contingentes – fruit des circonstances particulières de la crise. Elles suivent toutefois une logique de mise en réseau et bénéficient de liens déjà établis.

La fondatrice de la Caravane de la Solidarité est déterminée à poursuivre sa mission auprès des personnes précarisées et appelle son contact chez MSF, Naoufel Dridi, pour savoir ce qu'il est possible de faire. Déjà actif sur les premières distributions, MSF fait office de pont entre la Caravane de la Solidarité et les acteurs et actrices institutionnel-les politiques ou associatif/ves.

Parallèlement, Tatiana Lista, directrice des actions culturelles à la Comédie de Genève, propose de mettre à disposition les ressources en infrastructure de l'institution culturelle alors à l'arrêt. Soutenue par sa direction, elle entre d'abord en contact avec la Caravane de la Solidarité, puis avec le directeur du Département de la Cohésion sociale de la Ville de Genève (DCSS). S'ensuivront de nombreuses séances regroupant déjà bon nombre d'acteurs et d'actrices qui constitueront le comité de pilotage des Vernets. Présidé par la Ville de Genève, il regroupe des acteurs/rices qui se connaissent déjà et des acteurs/rices contingent-es, que la situation de crise mobilise bien au-delà de leur rôle habituel - professionnel ou associatif. Cette fois-ci avec la Ville comme garante des opérations, la Caravane de la Solidarité organise la semaine suivante, le 25 avril 2020, une distribution de colis à l'école Hugo-de-Senger.

Le « *plan* » dont il est question ici, et qui n'est autre que « *le concept* » déjà mis en place au mois de mars, mobilise certain-es des mêmes acteurs/rices des premières distributions : Isabelle Widmer, cheffe du service des écoles, et MSF. Tatiana Lista, nouvelle arrivée, est finalement désignée responsable des bénévoles. Parallèlement à ce nouveau noyau dur d'acteur/rices qui se structure essentiellement autour de l'institutionnel politique et de forces issues de la société civile, le système de bons d'achat continue de mobiliser les acteurs/rices traditionnel-les de l'aide alimentaire.

Des expertises complémentaires reconnues ou à faire reconnaître

La distribution de colis se met en place à l'école Hugo-de-Senger, nécessitant là encore une mise en commun d'expertises : On retrouve l'expertise logistique de MSF et d'Isabelle Widmer du service des écoles et un accès aux infrastructures permis par la Ville, via Serge Mimouni, directeur adjoint du Département de la Cohésion Sociale et de la Solidarité de la Ville de Genève (DCSS). S'ajoute à cela la précieuse expertise de la fondatrice de la Caravane de la Solidarité : elle a accès à la frange de la population qui échappe alors au système institutionnel et associatif traditionnel. Enfin, Tatiana Lista transpose, dans ce cadre d'urgence sociale, son savoir-faire en matière de gestion des bénévoles acquis dans le milieu culturel. « Autant ça leur a paru très bizarre que je les appelle, autant chacun est arrivé à un endroit avec son expertise » (Tatiana Lista, directrice des actions culturelles, Comédie de Genève, 08/12/2020).

Ces expertises se complètent, mais pourtant rien n'est acquis. Le risque politique pour la Ville n'est pas négligeable, et l'opportunité donnée à la Caravane de la Solidarité d'organiser cette distribution est également une manière de tester sa fiabilité. Une logique de complémentarité et la poursuite d'un but commun

cimentent la collaboration qui se crée entre ces quatre acteurs/rices, Ce socle solide, construit sur une reconnaissance mutuelle des expertises de chacun-e, servira ensuite aux Vernets.

Des aides inconditionnelles pour assurer l'essentiel

Le système de bons d'achat nécessite encore de passer par un-e intermédiaire agréé-e. Toutefois, lorsque la moitié des personnes venant chercher un colis à Hugo-de-Senger se voit repartir les mains vides, les Colis du Cœur acceptent que leurs coordonnées soient relevées et intégrées à leur base de données, afin qu'elles puissent recevoir des bons par voie postale. Face au constat que l'accès au système de bons d'achats des Colis du Cœur présente des obstacles pour une frange de la population, la Ville de Genève manifeste sa volonté de mettre en place une aide alimentaire inconditionnelle : « Maintenant nos constats étaient clairs, on était vraiment face à une énorme urgence. (...). Il fallait vraiment que les gens puissent manger » (Serge Mimouni, directeur adjoint, DCSS, 25/11/2020). Le colis devient alors la prestation inconditionnelle de base, devant permettre de répondre à une urgence vitale.

Repartir les mains vides : symbole d'une crise hors de contrôle

Si l'organisation de la distribution est une réussite, l'issue de cette journée constitue une deuxième étape-clé dans le processus qui mène aux Vernets. En effet, la moitié des personnes venues chercher de quoi se nourrir repartent les mains vides.

« C'était une opération qui devait commencer à 13h30, moi je suis arrivé à 6h30 et il y avait une file d'attente incroyable. C'est ça qui m'a vraiment surpris. Vous voyez les gens faire la queue pour un sac à 20 francs. (...). On

avait six cents sacs et mille deux cents personnes sont venues » (Serge Mimouni, directeur adjoint, DCSS, 25/11/2020)

La situation est critique. Prévisible ou pas, la crise prend dès lors une tout autre ampleur. D'une opération digne d'un régime de crise, on passe alors, en l'espace d'une semaine, à un dispositif digne d'une catastrophe humanitaire.

LE RÉGIME HUMANITAIRE : UNE CONVERGENCE DES FORCES À LA PATINOIRE DES VERNETS

Figure 2 : Conditionnement des colis par les bénévoles



Source : Kathelijne Reijse-Saillet, mai 2020

En l'espace d'une semaine, la crise, jusqu'ici perçue au prisme de l'urgence sociale, est désormais conceptualisée par les acteurs et actrices du réseau mobilisé comme une urgence humanitaire. Dès lors, regroupé sur le site des Vernets, le cercle des acteurs/rices s'élargit à nouveau, les expertises nécessaires sont de plus en plus nombreuses et diversifiées. La liste des prestations s'allonge en même temps que leur accès se simplifie.

L'institutionnel, l'associatif et le citoyen : une collaboration hors-norme

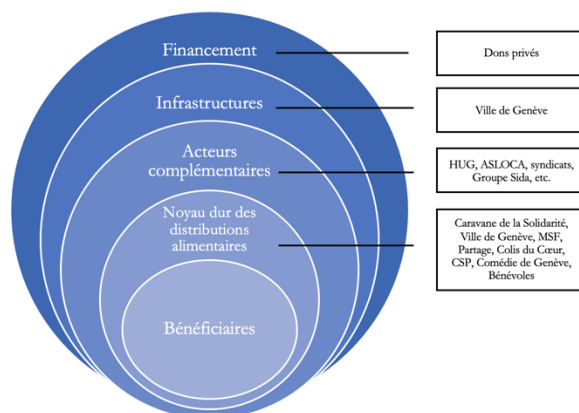
Le 2 mai 2020 a donc lieu la première distribution géante de colis alimentaires à la patinoire des Vernets. Dans le comité de pilotage (COPIL) mis en place pour l'occasion et présidé par la Ville de Genève, on retrouve tout-es les acteurs et actrices évoqué-es précédemment. Le noyau dur du régime d'alerte fusionne avec celui du régime de crise, et se cristallise pour former le socle solide de la coordination des distributions des Vernets. Issu-es du politique, de l'associatif ou de la société civile, ces forces convergent aux Vernets et s'appuient sur leur interconnaissance préexistante – historique ou plus récente – pour mettre en place cet impressionnant dispositif qui assurera, durant six samedis consécutifs, la distribution de 1500, puis de 3000 colis alimentaires chaque samedi.

Au fil des semaines, cette structure du COPIL va accueillir d'autres types d'acteurs/rices qui viennent, par leur expertise spécifique, compléter la prestation d'aide alimentaire, objectif premier mais pas unique de cette opération. C'est donc un deuxième cercle d'acteurs et d'actrices travaillant dans le domaine du social, médico-social et sanitaire qui vient se greffer à ce noyau dur : notamment le Groupe Sida, le planning familial, les syndicats, l'Association suisse des locataires (ASLOCA) et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Se proposant spontanément ou contacté-es par les organisateurs/rices, le dispositif centralisé des Vernets représente une occasion pour eux/elles d'accroître leur visibilité et de pouvoir intervenir auprès d'une population difficilement accessible en temps normal.

L'aide financière et en nature dont dépend l'aide d'urgence provient de sources privées – de fondations, d'entreprises. De la même manière, les ressources en capital humain sont essentiellement bénévoles et volontaires. La solidarité apparaît donc au fondement de l'aide d'urgence à Genève. Aux Vernets, la mobilisation massive de la société civile à différents niveaux de

l'organisation corrobore l'idée d'un « habitus culturel » suisse (Soulet, 2010, p.37) imprégné de l'idée de responsabilité citoyenne.

Figure 2 : L'organisation du système d'acteurs/tices aux Vernets



La patinoire, une plateforme improvisée d'expertises intégrées

La patinoire des Vernets devient donc, durant six semaines, le centre névralgique de l'action sociale à Genève, et plus largement le centre d'attention d'une grande partie de la société genevoise. C'est la même impression de « jamais vu » et de démesure qui caractérise l'état d'esprit des personnes impliquées dans l'organisation. Leurs expertises respectives n'ont pas été préparées à ce format. Les Vernets constituent donc pour chacune – même les plus expérimenté-es – un moment d'apprentissage, d'improvisation au-delà de leur savoir-faire préexistant.

Le travail d'enquête, mené au fil des semaines auprès des bénéficiaires par les HUG, qui collaborent avec une équipe de

MSF, va permettre d'approfondir les connaissances sur les personnes en grande précarité et de bousculer quelques certitudes. Si la quantité de personnes sans statut légal soudainement rendue visible surprend, on constate au fil des semaines qu'elles ne sont pas les seules à passer entre les mailles du filet : « les personnes migrantes sans statut légal (sans-papiers) ne représentaient que 21.8 % des participants (52 % auparavant) alors que la majorité des répondants avaient un permis de séjour et donc accès aux prestations d'aide sociale. À noter la présence de 10.1% de citoyens suisses (3.4% lors de la première enquête) et de 13% de personnes avec un permis de séjour de longue durée (permis C) » (HUG, MSF, 2020).

Sur le plan des infrastructures et de la logistique, on retrouve les protagonistes d'Hugo-de-Senger. L'accès à la patinoire des Vernets permis par la Ville de Genève nécessite cette fois-ci de passer par le dispositif de gestion de crise Organe communal de coordination et de conduite (ORCOC), et l'ampleur de l'opération amène la municipalité à mobiliser un large éventail de ressources : les pompiers, les services logistique et manifestations, le service social, le service des sports, habitué des grands événements sportifs à la patinoire. L'optimisation des flux, la réception des dons, la préparation des colis mettent au défi des centaines de bénévoles et de professionnel·les dont l'engagement dépasse la mission initiale. La patinoire des Vernets devient une véritable plateforme sur laquelle se côtoient différents types d'expertises, toujours dans une logique de complémentarité plus que jamais nécessaire.

Au-delà de l'urgence vitale : élargir le champ des prestations

Urgence humanitaire oblige, l'aide alimentaire est inconditionnelle. Toutefois, un enjeu important s'impose rapidement : comment « dépasser l'aide d'urgence absolue »

(Isabelle Widmer, cheffe du service des écoles, Ville de Genève, 16/12/2020) ? Force est en effet de constater que « le besoin d'aide alimentaire, c'est l'arbre qui cache la forêt » (Hossam Adly, secrétaire général adjoint, DCSS, 25/2/2021). Combler les lacunes du système social autrement qu'en répondant uniquement à l'urgence vitale mais aussi en offrant de l'information sociale – ressource si difficilement accessible en temps normal – devient dès lors une priorité. Les services sociaux, les syndicats, ASLOCA, le Groupe Sida, le planning familial, les HUG, sont autant d'acteurs et d'actrices qui saisissent l'opportunité pour apporter une aide plus globale, s'inscrivant dans une logique de long terme. Il s'agit dès lors de trouver un moyen de sortir de la crise par le haut.

Figure 2 : Conditionnement des colis par une bénévole



Source : Kathelijne Reijse-Saillet, mai 2020

La suspension des activités habituelles dans bon nombre de secteurs permet, en effet, la disponibilité d'infrastructures et de personnes, dont l'organisation des Vernets n'aurait pu se passer. Ces facteurs contextuels vont se dissiper avec la fin du semi-

confinement et la reprise de certaines activités. De plus, politiquement et logistiquement, le maintien d'un tel dispositif d'urgence n'est pas envisageable sur le long terme. Particulièrement réactive sur l'aide d'urgence, « la Ville ne peut pas tout porter (...) » (Serge Mimouni, directeur adjoint, DCSS, 25/11/2020). En partie critiqué pour son absence au moment fort de la crise, le Canton entre en scène et requiert la mobilisation des communes afin de conférer une forme de stabilité à l'urgence sociale qui, si elle perd en visibilité, persiste dans les faits. Il s'agit dès lors de penser cette urgence au prisme de la sortie de crise.

LE RÉGIME DE SORTIE DE CRISE : DÉCENTRALISER L'URGENCE ET PÉRENNISER L'ACQUIS

Décentraliser les sites de distributions et transmettre les savoir-faire acquis aux Vernets sont les maîtres-mots de ce nouveau chapitre qui s'ouvre dans l'histoire de cette gestion de crise. Les régimes précédents se caractérisent par une urgence palpable, une forme d'effervescence exponentielle qu'il s'agit de canaliser à travers des efforts de coordination qui aboutissent aux Vernets – point culminant de la crise. Le régime de sortie de crise prend le contrepied de cette dynamique, et se caractérise par la recherche d'une stabilité dans l'urgence. Concrètement, cela se traduit par un début de retour à la normale, en termes d'acteurs/rices impliqués, d'expertises sollicitées et d'accessibilité aux prestations. Un retour à la normale toutefois très relatif : les Vernets marquent un « avant » et un « après », et ce régime de sortie de crise en est fortement imprégné. Il constitue les balbutiements d'améliorations pérennes du système de politiques sociales découlant directement de cette gestion de crise.

Cantons, communes et associations : un rapport de subsidiarité connu mais revisité

Illustration du principe de complémentarité, la phase de décentralisation qui débute dès la deuxième quinzaine de juin est marquée par l'apparition du Canton – via DCSS – qui reprend à sa charge la coordination de la suite des opérations, et débloque une subvention de cinq millions (Projet de loi permettant de répondre à l'urgence du droit à l'alimentation ; PL 12725) à destination de la banque alimentaire Partage, chargée d'assurer l'approvisionnement en denrées alimentaires des sites de distributions décentralisés. Face à l'impératif de trouver une alternative aux Vernets, le Canton sollicite la participation des communes. Les communes suburbaines reconnaissent la nécessité de leur implication ; certaines d'entre elles, comme la commune de Vernier, hébergeant une part importante de population en situation de précarité (CATI-GE, 2020). Canton et communes s'allient, et ces dernières mettent en place huit sites de distributions répartis sur huit communes : la Ville de Genève, Vernier, Lancy, Carouge, Versoix, Grand-Saconnex, Thônex et Meyrin. Sur ces sites, ce sont les acteurs et actrices traditionnelles de l'aide alimentaire qui reprennent le flambeau des distributions. Partage, qui installe un centre de conditionnement dans une halle de Palexpo, alimente les Colis du Coeur, qui retrouve leur identité première du colis et assure les distributions ; le tout toujours permis par une forte mobilisation bénévole.

On retrouve donc, au cœur de ce régime de sortie de crise, les acteurs/rices habituel-les du système social genevois dont on connaît les défauts en matière de coordination globale. Réuni-es autour de cet enjeu commun, la collaboration qui se met alors en place laisse toutefois paraître une nouvelle dynamique prometteuse : « Ce volet-là nous a forcés à travailler en dehors des silos » Hossam Adly, secrétaire général adjoint, DCSS, 25/2/2021).

Forgées dans l'épreuve de la crise : des expertises qui se transmettent

De la même manière que dans les autres régimes, la logique de complémentarité entre les expertises persiste. La différence notable réside dans le fait que l'identité des détenteurs/rices de ces expertises évolue en partie, et que les savoir-faire appris aux Vernets sont transmis et diffusés au sein du nouveau noyau d'acteurs/rices. En effet, les expertises logistiques et de gestion des bénévoles sont transmises aux Colis du Cœur et au personnel municipal engagé sur les nouveaux sites de distributions. On retrouve également les communes qui assurent la maîtrise de leurs propres infrastructures.

Sortir de l'inconditionnalité et maintenir l'accessibilité

Malgré le passage à un régime de sortie de crise, l'urgence sociale perdure pendant cette période qualifiée de « semi-urgence ». Toutefois, le cadrage « sortie de crise » porté par les acteurs/rices les amènent à abandonner l'inconditionnalité des aides, justifiée lorsque la situation est pensée au prisme de la crise sociale - puis humanitaire. Dès lors, c'est le retour des aides associatives qui nécessite de transiter par un service social, mais aussi des aides institutionnelles dont l'objectif – dans une optique de lutte contre la précarité sur le long terme – est de faciliter l'accès, via une amélioration de l'information sociale.

Face à la demande d'informations sociales que l'expérience des Vernets a confirmé, des pôles sociaux sont aménagés, et les associations qui s'y regroupent accueillent désormais un nouvel acteur central dans le système de politiques sociales genevois, et pourtant absent jusqu'ici – et critiqué pour cela : l'Hospice Général.

« Ces stands d'informations sociales c'est super. (...). Ça remet l'aide alimentaire à sa place qui est une aide par

défaut, qui permet d'aider les gens qui passent entre les filets. Et donc il y a beaucoup de gens qui ont pu être orientés vers leurs droits sociaux, avec des aides plus conséquentes et plus pérennes. » (Pierre Philippe, Colis du Cœur, 03/12/2020)

Il s'agit en somme d'orienter les bénéficiaires dans les méandres du système de politiques sociales genevois. Dans ce régime de sortie de crise, l'aide alimentaire passe au second plan – l'objectif premier étant de pouvoir amener ces personnes vers des aides institutionnelles leur permettant une plus grande autonomie. En ce sens, la crise des Vernets est vécue comme une opportunité pour rebattre des cartes, puiser des arguments pour réformer le système de l'aide sociale.

DISCUSSION : LA CRISE COMME RÉSERVOIR CRITIQUE

Pendant la période qui suit, durant laquelle les huit sites de distributions sont regroupés sur quatre lieux gérés par les Colis du Cœur à la suite du retrait des communes à la fin de l'été, cette tendance à penser le temps long s'affirme encore un peu plus. La crise et la presque-faillite du système ne peuvent rester lettre morte. Le dossier de l'aide alimentaire pendant la crise du Covid-19 s'est définitivement avéré être « révélateur de faiblesses dans l'organisation des politiques sociales et dans la coordination des politiques » (Florian Kettenacker, chef du service de la cohésion sociale, Ville de Vernier, 17/11/2020) et des conséquences de ces lacunes sur la population. En même temps, la gestion de la crise a témoigné de la richesse du tissu social genevois, et de son grand potentiel lorsque les forces s'unissent. Ainsi, au-delà des problématiques sociales en elles-mêmes, ce sont les failles organisationnelles de ce système qui sont au cœur de cette réflexion de fond qui s'inscrit sur le long terme.

MAINTENIR LE SENS ET ADAPTER LA STRUCTURE

L'approche du psychosociologue Weick (2003) et son concept de *sensemaking* présentent à cet effet des pistes d'analyse intéressantes. Selon lui, une catastrophe survient lorsqu'il y a, face à un événement inattendu, un effondrement du sens de l'action. Ce sens – partagé ou pas par les acteurs et actrices d'une organisation – est constitutif du cadre qui structure l'action collective. Ainsi, « plus le sens échappe à l'entendement, plus la structure organisationnelle sert à tenir ensemble les individus, tandis que plus l'interprétation et les buts communs sont aisés à formuler et plus la structure peut être floue, voire lâche » (Bourrier, 2020, pp.89-90). Face à une perturbation qui rompt le flux de l'action connue et suscite potentiellement des émotions fortes, l'enjeu est donc de parvenir à maintenir ou à reconstruire, par l'action et malgré la confusion, cet équilibre entre sens et cadre, vital à la résilience (Weick, 2003).

Dans l'histoire des Vernets, deux épisodes inattendus font basculer les acteurs et actrices du système social dans l'incertitude et la confusion : l'arrestation de la fondatrice de la Caravane de la Solidarité et le débordement de l'opération de distributions à l'école Hugo-de-Senger. Pourtant, si le constat peut être fait que le « système social a cédé complètement » (Fondatrice de la Caravane de la Solidarité, 02/12/2021), sa résilience peut être comprise à l'aune de cette idée d'un équilibre entre sens et structure. En effet, la définition d'un objectif commun – d'un sens partagé par tout-es les acteurs/rices – s'est imposée face à la soudaine visibilisation de cette précarité. L'enjeu humanitaire permet donc un dépassement des frontières du champ d'action habituel de chaque acteur et actrice, et une forme de neutralisation des intérêts divergents et des tensions préexistantes : « Ce sont des positions institutionnelles différentes, on n'a pas les mêmes enjeux, mais on se retrouve dans un objectif commun » (Hossam Adly, secrétaire général adjoint, DCSS, Canton de Genève, 25/02/2021). De la même manière, les acteurs et actrices que la

seule contingence des événements a embarqué dans cette gestion de crise trouvent, dans la poursuite de ce but commun, la légitimité de leur engagement. Subvenir aux besoins de cette population en situation de grande précarité s'impose donc dans les esprits comme « un but d'ordre supérieur (...) dépassant les intérêts de chacun » (Weick, 2003, p.77).

Ce sens partagé très développé rend possible une structuration informelle de l'action collective. Dès lors, la structure formelle – les règles, rôles et procédures – n'a pas lieu d'être particulièrement contraignante. Le cadre formel représenté par le comité de pilotage, malgré la présidence établie du DCSS, est d'ailleurs davantage présenté par les acteurs/rices comme un canal privilégié pour une communication fluide, plutôt que comme une structure contraignante.

S'ajoute à cela la capacité des acteurs et actrices à improviser et à bricoler – en somme à faire preuve de créativité ; notion à comprendre selon la définition que Weick emprunte à Bruner : « Imaginer comment utiliser ce que vous savez déjà de sorte à aller au-delà de ce que vous avez à l'esprit à un moment donné » (Bruner, 1983 in Weick, 2003, p.71). Muni-es de leurs expertises et expériences spécifiques, tout-es sont confronté-es à l'inconnu de la situation pour laquelle les règles et procédures n'existent pas, et tout-es – comme nous l'avons vu – font sens de cette incertitude en actionnant des plans B. Inventer une coordination a sans aucun doute représenté un grand succès de l'entreprise. Elle s'est peut-être adossée à ce que Weick appelle « la sagesse comme attitude » (p.73), soit le juste équilibre entre la prudence et l'excès de confiance, qui passe notamment par l'acceptation des limites de ses propres connaissances ; une attitude largement adoptée aux Vernets, où la complémentarité des expertises, doublée de confiance s'est avérée fondamentale.

Penser le long terme revient donc à se poser la question des possibilités de pérennisation des dynamiques bénéfiques nées dans la crise. Quels nouveaux principes établir pour que

l'efficacité du système de politiques sociales ne dépende pas de « fenêtres météo » (Alain Bolle, directeur du CSP, 18/11/2020) reposant sur la présence de personnalités spécifiques au sein des institutions politiques ou associatives ? À la lumière de notre analyse, la solution d'un maintien du sens et d'une adaptation de la structure semble être une piste à suivre. Les Vernets ont en effet constitué un moment fort de redéfinition d'un but commun qui dépasse les enjeux spécifiques à chaque organisation : les besoins des bénéficiaires.

UNE OPPORTUNITÉ UNIQUE DE REDÉFINIR LES RÈGLES DU JEU

À la lumière des travaux de Reynaud (1988), ce moment d'histoire sociale et politique genevoise cristallisée dans la « crise des Vernets » peut être compris comme un temps de régulation sociale, une opportunité de redéfinir les règles sociales dans une logique d'amélioration du système organisationnel. Pour Reynaud, négocier et faire accepter un compromis autour de la définition de ces règles est l'enjeu central du bon fonctionnement d'un système organisationnel. Ce consensus sur les règles émerge par l'ajustement entre des règles de contrôle – prescrites et formelles – et des règles autonomes – improvisées et suivant une logique d'usage.

Les dysfonctionnements du système de politique sociale préexistant à la crise peuvent être considérés comme le fruit d'un décalage entre règles formelles – le cadre législatif de la répartition des compétences dans un régime subsidiaire – et règles autonomes – celles qui régissent dans les faits les rapports entre les différentes entités, cantonales, communales ou associatives. Le moment de la crise des Vernets se caractérise par la prévalence de l'improvisation et des règles d'usage sur les règles formelles, et souligne par là l'inadéquation entre le prescrit et le réel. La sortie de crise et la volonté qui la caractérise de penser l'amélioration du

système social peuvent donc être comprises comme un moment de régulation conjointe, un réajustement des règles de contrôle et des règles autonomes permettant de pallier certaines failles du système social.

À la question de savoir ce qu'ont changé pour eux et pour elles les événements des Vernets, la majorité des acteurs et actrices ont en effet exprimé le sentiment d'assister à une reconfiguration de leurs relations professionnelles au sein du réseau et de leurs manières de travailler ensemble. On passe donc d'une situation d'interconnaissance marquée par des rapports parfois tendus, parfois inexistantes, impliquant souvent – principalement pour le cas des associations – un manque de reconnaissance, à une situation empreinte d'un nouvel esprit de collaboration. Ce dialogue, à la fois vecteur de cette régulation et nouvelle règle implicite de la coordination, se déploie dans le cadre de nouvelles structures résultant des efforts mis en place pour inscrire ces améliorations dans la durée.

La pérennisation d'une *task force* d'urgence sociale réunissant la Ville de Genève et diverses associations actives dans différents domaines est l'une d'entre elles. Le Bureau d'Informations Sociales (BIS) constitue un autre output de la crise des Vernets ; peut-être le plus important. Cette mutualisation des ressources des différent-es acteurs et actrices vise à une simplification de la prise en charge des personnes en situation de précarité, via un accès facilité à l'information. Concrètement, il s'agit d'un guichet d'informations mobile, coordonné par le Canton et regroupant une diversité d'acteurs/rices : les Colis du Coeur, les HUG, le Collectif d'association pour l'action sociale, l'Hospice Général, l'Association suisse des locataires, les services sociaux communaux ou encore l'Association Genevoise des Psychologues (AGPSY). « Un tel projet, il y a encore un an, ça aurait été inimaginable. Pas en termes de moyens, mais en termes de fonctionnement institutionnel, ce n'était pas envisageable de créer un bureau derrière une barrière neutre » (Hossam Adly, secrétaire général adjoint, DCSS, 25/02/2021). Cette structure

témoigne à la fois de cette nouvelle dynamique collaborative rendue possible par la crise, qui se cristallise autour d'un projet coordonné visant un but commun : répondre aux besoins des personnes en situation de précarité.

Enfin, cette crise a indéniablement souligné l'absence de législation en matière de droit à l'alimentation. Ce qui se joue derrière le développement d'un nouveau cadre législatif (Projet de loi constitutionnelle visant à inscrire dans la constitution genevoise un droit à l'alimentation, PL12811), c'est la possibilité d'extraire des domaines d'intervention du registre de l'urgence et du système bricolé, en mettant en place un cadre de gouvernance adéquat, régissant le rôle et les responsabilités de chaque acteur/rice.

La redéfinition des règles sociales de l'engagement des acteurs/rices et de leur coordination autour de l'action sociale se pose comme l'enjeu majeur du maintien des dynamiques de collaboration développées aux Vernets. Le retour à une forme de normalité post-Covid, qui coïncide avec celui des contraintes budgétaires et des agendas propres à chacun-e pose, en effet, un défi : celui de saisir l'opportunité que représente cette crise en matière d'enseignements afin de resserrer durablement les mailles du filet social.

CONCLUSION

Au terme de cette recherche, il nous apparaît que l'organisation du système de politiques sociales genevois produit à la fois les failles qui le fragilisent et les facteurs de résilience qui le renforcent. La crise des Vernets – en le mettant sous pression – en dit autant de ses faiblesses que de ses forces. Elle survient donc comme une opportunité d'identifier ses dysfonctionnements organisationnels et de penser des solutions pour les pallier.

L'identification et la caractérisation des quatre régimes qui se succèdent dans la gestion de cette crise mettent en évidence ces lacunes, en même temps qu'elles témoignent du potentiel de mobilisation qu'offre la structure subsidiaire du système. Le constat d'une coordination réussie aux Vernets pose la question des conditions de la pérennisation des facteurs organisationnels favorables qui y ont émergé. Dès lors, à la lumière du concept de *sensemaking* de Weick (2003), il nous apparaît que le maintien d'un sens partagé – redéfini très clairement aux Vernets comme étant la réponse aux besoins vitaux de personnes précarisées par la crise – est un enjeu crucial à l'inscription sur le long terme de l'esprit collaboratif des Vernets. Il apparaît alors nécessaire d'adapter la structure. Son adaptation peut être lue à la lumière de la théorie de la régulation sociale de Reynaud (1988). L'émergence du Bureau d'Informations Sociales et le développement d'une législation sur le droit à l'alimentation comme résultats de ce moment de régulation – de redéfinition des règles sociales de l'action collective – s'incarnent dans la crise des Vernets. Elle fait apparaître au grand jour les failles du système, mais constitue également un moment clé de reconfiguration des rapports professionnels et une opportunité pour apporter des améliorations durables à ce dispositif de politique sociale.

REMERCIEMENTS

Nous tenons ici à remercier chaleureusement Hossam Adly, Alain Bolle, Naoufel Dridi, Florian Kettenacker, Tatiana Lista, Serge Mimouni, Marc Nobs, Pierre Philippe, Philippe Sprauel, et Isabelle Widmer de nous avoir accordé leur confiance et consacré de leur temps – ressource rare en période de pandémie – pour répondre à nos questions. Un grand merci également Emilie Rosenstein pour son précieux éclairage, ainsi que Kathelijne Reijse-Saillet pour ses photographies.

BIBLIOGRAPHIE

Bonvin, Jean-Michel, Max Lovey, Emilie Rosenstein et al. (2020). « La population en grande précarité en période de COVID-19 à Genève : conditions de vie et stratégies de résilience. » *Rapport final de l'étude sollicitée par la fondation Colis du Cœur*. Genève : Université de Genève.

Bourrier, Mathilde (2020). « Le mode dégradé à marche forcée », dans Gamba, Fiorenza, Marco Nardone, Toni Ricciardi et Sandro Cattacin (éds.). *Covid-19 Le regard des sciences sociales*. Zürich: Seismo, p.83-98.

Cattacin, Sandro et Rocco Vitali (1997). « La Suisse entre subsidiarité et étatisme : quelques réflexions sur les instances non-étatiques productrices de bien-être en Suisse. » *Revue des études coopératives, mutualistes et associatives*, 76(263): 35-47.

Cattacin, Sandro (2006). « Retard, rattrapage, normalisation. L'État social suisse face aux défis de transformation de la sécurité sociale » *Studien und Quellen* (31): 49-78.

Lucas, Barbara, Catherine Ludwig, Jérôme Chapuis et al. (2019). « Le non-recours aux prestations sociales à Genève : quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité ? » *Rapport de recherche*. Genève : Haute École de Travail Social (HETS).

Ossipow, Laurence, and Béatrice Cuénod (2019). « Banques alimentaires et right to food en Suisse. Entre conformité et points de vue critiques. » *Revue des sciences sociales* (61) : 36-43.

Reynaud, Jean-Daniel (1988). « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. » *Revue française de sociologie* 29(1): 5-18.

Soulet, Marc (2010). « Y a-t-il un État social suisse ? ou les enseignements d'un régime atypique », dans Verba, Daniel (éd.). *Interventions sociales et rôle de l'État : Regards croisés*. Rennes, France: Presses de l'EHESP, p.29-39.

Weick, Karl (2003). « L'effondrement du sens dans les organisations : l'accident de Mann Gulch », dans Laroche, Hervé (éd.). *Sens de l'action, Karl E. Weick : Sociopsychologie de l'organisation*. Paris : Vuibert, p.59-83.

SOURCES

Canton de Genève (2020), Analyse des inégalités dans le canton de Genève dans le cadre de la politique de cohésion sociale en milieu urbain. Genève : <https://www.ge.ch/document/rapport-2020-du-centre-analyse-territoriale-inegalites-geneve-cati-ge> (consulté le 4/6/2021)

Collectif d'association pour l'action sociale (CAPAS) (2012), Investigation sur le report de charges entre l'Etat et les associations composant le CAPAS. Genève : <https://www.capas-ge.ch/new/sites/default/files/CAPAS-%20Investigation%20sur%20le%20report%20de%20charges-2.pdf> (consulté le 6/6/2021)

Médecins Sans Frontières, Hôpitaux Universitaires de Genève (2020), Conditions de vie, santé et sécurité alimentaire des familles avec enfant participant aux distributions alimentaires durant la crise du COVID-19 à Genève : https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/rapport_enquete_familles_en_insecurite_alimentaire_geneve_06_juin_2020.pdf (consulté le 6/6/2021)

République et Canton de Genève (2016), Rapport sur la pauvreté dans le canton de Genève, Genève: Direction générale de l'action sociale, pp. 1-75 : <https://www.ge.ch/document/rapport-pauvrete-canton-geneve> (consulté le 4/6/2021)

CHAPITRE 10. UN DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE FACE AUX ENJEUX DE LA CONTINUITÉ PÉDAGOGIQUE

Jimmy Clerc

RÉSUMÉ

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19 qui a touché, de près ou de loin, de nombreuses organisations, nous nous sommes intéressés aux transformations de l'enseignement provoquées par la crise au sein du Département de sociologie de l'Université de Genève. Au vu de l'impact de la pandémie sur l'enseignement, notamment avec le passage inédit de l'enseignement à distance, une question s'est alors posée : Comment la continuité de l'enseignement a-t-elle été assurée au sein du Département de sociologie de l'Université de Genève pendant la crise du coronavirus ? Pour y répondre, nous avons réalisé des entretiens avec le corps enseignant du Département de sociologie, ainsi qu'un questionnaire en ligne et un *focus group* avec des étudiant-es en sociologie au cours du semestre académique d'automne 2020.

Cette recherche nous a permis de voir comment la crise du Covid-19 a conduit les acteurs/rices de l'enseignement à repenser la continuité pédagogique à l'aune de l'enseignement à distance. Nous avons montré (1) que la crise a bouleversé l'enseignement traditionnel en obligeant le corps enseignant à assurer la continuité pédagogique exclusivement à distance ; (2) que l'infrastructure technique de l'Université de Genève (UNIGE) a facilité et accéléré la transition de l'enseignement vers le numérique au moment de la crise ; (3) que la crise a poussé le

corps enseignant à repenser la continuité pédagogique en privilégiant la formation de nouveaux/elles étudiant-es diplômés au détriment de la dimension sociale de l'enseignement, pourtant considérée comme essentielle ; (4) que l'enseignement à distance a redistribué les rôles au sein du Département de sociologie autour des compétences numériques ; (5) que l'enseignement à distance a poussé l'enseignement à évoluer vers un modèle pédagogique centré davantage sur l'interaction et la réflexion des étudiant-es.

INTRODUCTION : UN SIGNAL AVANT-COUREUR

Dimanche 23 février 2020, le responsable du pôle e-learning de l'Université de Genève, Patrick Roth, reçoit un e-mail d'un professeur de l'Université Bocconi à Milan, lui demandant de l'aide sur le fonctionnement du système d'enseignement à distance de *live streaming* mis en place à l'UNIGE depuis plusieurs années. La situation sanitaire en Europe se dégrade. L'Italie s'apprête à placer plusieurs municipalités du Nord en quarantaine en raison de l'augmentation rapide des contaminations au coronavirus. Assurer la continuité pédagogique devient la principale préoccupation des universités d'Italie du Nord, qui sont alors contraintes de passer dans l'urgence à des enseignements en ligne. Dans ce contexte, le message reçu par Patrick Roth résonne comme un signal avant-coureur annonçant ce qui allait se passer : « Il fallait se préparer à une offre de cours exclusivement en ligne, car tout indiquait que la situation en Italie risquait de devenir rapidement la norme pour toutes les universités » (Rédaction e-journal de l'UNIGE, 2020). Trois semaines plus tard, le Conseil fédéral annonce des mesures de confinement qui vont bouleverser le cœur du métier d'enseignante à l'université. Dans cette étude de cas, nous verrons quelles sont les caractéristiques de l'enseignement traditionnel qui prédominait jusqu'alors au sein du Département de sociologie de

l'UNIGE, puis comment ce modèle pédagogique a été transformé par la crise avec le passage de l'enseignement à distance. Ces transformations seront analysées à l'aune de la sociologie de l'éducation et de la sociologie des organisations.

L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE EN TEMPS NORMAL : DES ENJEUX, DES PRATIQUES, DES ACTEURS ET DES ACTRICES

L'Université de Genève est une institution traversée par une pluralité d'objectifs, de pratiques, d'acteurs et d'actrices qui permettent d'assurer son fonctionnement en temps normal. Nous nous intéresserons ici plus particulièrement aux domaines de la recherche et de l'enseignement.

ENTRE LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT : DEUX TEMPS, DEUX MESURES

Une organisation centrée sur la production des savoirs scientifiques

Au cours des dernières décennies, les universités suisses ont connu plusieurs évolutions avec la massification des universités et la mise en place du processus de Bologne. Leurs missions se sont dans le même temps multipliées et diversifiées avec l'enseignement, la recherche, les échanges internationaux, ou encore la diffusion du savoir scientifique auprès du grand public (Coulon et Paivandi, 2008). Néanmoins, les objectifs que l'UNIGE s'est fixés à l'horizon 2025 (Rectorat UNIGE, 2015) se concentrent sur la recherche et l'enseignement. La recherche reste toutefois davantage valorisée par les enseignant-es/chercheur-ses que l'enseignement. Ce dernier tend cependant à être revalorisé depuis plusieurs années, notamment à travers une attention

particulière portée aux compétences pédagogiques des nouveaux/elles enseignant-es lors de leur recrutement.

Immersion au cœur des pratiques et des relations dans l'enseignement supérieur

Les relations à l'université : entre collaboration et compétition des acteurs

L'enseignement traditionnel est constitué de trois acteurs centraux à l'UNIGE : le corps professoral, le corps intermédiaire (CER⁴⁴) et les étudiant-es. Pour caractériser les types de relations entre ces acteurs (tableau 1), je me suis basé sur les données récoltées lors des entretiens et sur la littérature existante en sociologie de l'éducation.

Les professeur-es sont dans une relation de coopération, marquée par la compétition (ils et elles ne regardent pas ce que font leurs collègues dans leurs cours) et la coopération, indispensable au fonctionnement de leur département. Ce type de relation mène à un individualisme pédagogique (Coulon et Paivandi, 2008) qui entrave souvent une réflexion pédagogique collective. Toutefois, les CER, avec qui ils et elles entretiennent de bonnes relations, leur apportent un soutien technique et pédagogique. Enfin, généralement surtout dans les premières années du Bachelor, une assez grande distance les sépare des étudiant-es dans leur relation pédagogique.

La relation pédagogique entre le corps intermédiaire et les étudiant-es se caractérise par une certaine proximité. Les CER entretiennent un esprit collaboratif entre pairs grâce aux échanges sur les pratiques pédagogiques qui leur permettent de se former



⁴⁴ CER est utilisé comme acronyme pour les collaborateurs/trices de l'enseignement et de la recherche.

collectivement. Le fort turn-over au sein de ce corps oblige à la coordination afin que les séminaires soient assurés d'année en année.

Enfin, bien que l'apprentissage des étudiant-es se fasse principalement seul, il existe des formes d'entraide lorsqu'il s'agit, par exemple, d'échanger des notes et des informations relatives au cours ou de réaliser des travaux de groupe.

***Relations entre les acteurs de l'enseignement au sein
du Département de Sociologie à l'UNIGE***

***Tableau 1 : typologie des relations entre les acteurs de
l'enseignement traditionnel (corps professoral, corps
intermédiaire - CER, étudiant-es)***

	Corps professoral	Corps intermédiaire	Étudiant-es
Corps professoral	Coopétition entre les enseignant-es ; Peu de collaboration ; Peu d'échanges informels sur les pratiques pédagogiques		
CER	Bonnes relations ; Soutien des CER envers les professeur-es (technique, pédagogique)	Collaboration ; Échanges formels et informels (formation pédagogique entre pairs)	
Étudiant-e-s	Relation pédagogique (transmission du savoir / apprentissage des connaissances scientifiques) ; Distance des enseignant-es avec les étudiant-es	Relation pédagogique (transmission du savoir / apprentissage des connaissances scientifiques) ; Proximité des CER avec les étudiant-es	Apprentissage des étudiant-es se fait seul, mais en relation avec d'autres étudiant-es (entr aide, collaboration) ; Échanges formels et informels

Des pratiques pédagogiques ancrées dans une relation en co-présence

Les caractéristiques de l'enseignement traditionnel qui sont présentées ici sont basées sur les données que nous avons récoltées et sur la littérature en sociologie de l'éducation.

L'enseignement traditionnel est caractérisé par une transmission directe – en face à face – du savoir scientifique de l'enseignant-e aux étudiant-es. Il est conçu essentiellement dans un format en présentiel. Centré sur la transmission du savoir, il « propose un encadrement très relâché afin de privilégier l'autonomie » des étudiants. (...). Cette forme pédagogique crée des situations anomiques bien souvent vécues comme une indifférence et un délaissement » (Felouzis cité par Coulon et Paivandi, 2008, p. 65). En outre, il se caractérise par l'accès à un environnement (salles de cours, cafétéria, bibliothèque) propice aux interactions sociales et à l'apprentissage collectif des étudiant-es. Enfin, l'enseignement traditionnel repose sur une exploitation limitée du potentiel pédagogique des outils numériques, qui servent davantage à partager des documents et des informations relatives au cours qu'à être intégrés dans le modèle pédagogique.

L'UNIVERSITÉ : UNE INSTITUTION ANOMIQUE ET ORGANISÉE

LES ANARCHIES ORGANISÉES : UN SYSTÈME AMBIVALENT MAIS FONCTIONNEL

La littérature sociologique sur l'enseignement décrit les universités comme des anarchies organisées (Cohen, March, et al., 1972; Musselin, 2018). Ce concept ambivalent, défini à l'origine par James March, Michael Cohen et Johan Olsen, permet de comprendre le fonctionnement de certaines organisations,

telles que les universités. Ainsi, elles sont qualifiées d'anarchiques, car elles sont traversées par des « missions et objectifs multiples, inconstants et en tension : former, éduquer, participer au développement local, transmettre, faire de la recherche, la valoriser, répondre aux défis des sociétés contemporaines » (Musselin, 2018) et ne poursuivent pas un seul objectif à la fois. Cela implique que les processus de réforme du système universitaire prennent du temps et n'aboutissent pas toujours. En outre, les universités sont organisées, car elles sont constituées de structures formelles (comités, assemblées ou réunions), au sein desquelles les acteurs collaborent, coopèrent ou se coordonnent pour prendre des décisions et assurer le fonctionnement de l'institution.

LES ORGANISATIONS FLEXIBLES EN TEMPS DE CRISE : *LOOSELY COUPLED SYSTEMS* VS. *TIGHTLY COUPLED SYSTEMS*

La sociologie des organisations définit les universités comme des organisations flexibles et enclines à s'adapter en temps de crise. Elles sont en ce sens des *fully adapting organizations* où « le groupe a une répartition claire des responsabilités, chaque membre étant responsable de sa propre division » (Deverell et Olsson, 2010, p. 123, traduction de l'auteur). De fait, les entités qui existent au sein des universités (facultés, départements, instituts) sont responsables de leur propre fonctionnement. De par leur structure, Karl Weick (1976) associe les universités à des *loosely coupled systems*, par opposition aux *tightly coupled systems*. En effet, les universités sont, selon lui, des organisations où les interdépendances entre les entités internes sont faibles, ce qui leur permet de mieux résister en temps de crise, car un système faiblement couplé (*loosely coupled system*) « diminue la probabilité que l'organisation doive – ou puisse – réagir à chaque petit changement de l'environnement qui survient » (Glassman cité par Weick, 1976, p. 6). Ainsi, lors d'une crise, si une partie s'effondre,

un système faiblement couplé est plus susceptible de persister qu'un système étroitement couplé où la défaillance d'une entité menacerait l'ensemble de la structure organisationnelle, de par la forte interdépendance qui lie les entités entre elles.

LA LIBERTÉ ACADÉMIQUE : UNE VALEUR CARDINALE DE L'UNIVERSITÉ

La liberté académique est une valeur cardinale des universités, car elle permet aux enseignant-es de choisir le contenu des cours et la manière de l'enseigner. La liberté académique d'un-e enseignant-e est « celle de faire son cours comme il l'entend sans s'ajuster aux attentes de qui que ce soit » (Antoine et Passeron cités par Coulon et Paivandi, 2008, p. 60). Au sein de l'UNIGE, cette liberté est garantie par la Loi sur l'Université (Grand Conseil de la République et canton de Genève, 2008, p. 1) qui stipule que :

- La liberté de l'enseignement et de la recherche est garantie aux membres de la communauté universitaire dans les limites des devoirs inhérents aux différentes fonctions.
- Le libre choix des études est garanti dans les limites des règlements et programmes d'études.

La liberté académique pousse cependant les enseignant-es à cultiver leur indépendance pédagogique, car « l'enseignant est souvent perçu comme étant le seul responsable de sa pédagogie » (Coulon et Paivandi, 2008, p. 78). C'est d'ailleurs ce que nous avons observé au sein du Département de sociologie lors de nos entretiens avec le corps enseignant.

PROBLÉMATIQUE

La littérature sociologique décrit les universités comme des organisations anomiques qui fonctionnent comme des *loosely coupled systems*, au sein desquels les interdépendances fonctionnelles sont faibles. En temps normal, l'enseignement traditionnel se passe en présentiel tant au niveau relationnel, technique, logistique, que pédagogique (les cours sont conçus pour être dispensés en présentiel). Cependant, peu d'études se sont intéressées au fonctionnement des universités en temps de crise (économique, politique, sociale ou sanitaire), et plus particulièrement aux transformations qui peuvent en découler dans le monde de l'enseignement. C'est ce que nous souhaitons aborder au travers du présent cas d'étude, en cherchant à décrire ce qui a été considéré comme essentiel ou non pour la continuité de l'enseignement au cours de la pandémie de Covid-19. Plus précisément, nous cherchons à répondre à la question suivante : Comment la continuité de l'enseignement a-t-elle été assurée au sein du Département de sociologie de l'UNIGE pendant la crise du coronavirus ?

ENQUÊTER AU CŒUR D'UN DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE EN TEMPS DE CRISE

Pour comprendre le contexte dans lequel l'enseignement a été bouleversé au sein du Département de sociologie, nous avons d'abord utilisé des données issues de rapports préexistants réalisés au sein de l'UNIGE et d'autres universités (Albero et Dumont, 2002; Coulon et Paivandi, 2008; Rectorat UNIGE, 2015; Achard, 2020; Rectorat de l'Université de Genève, 2020). Nous avons ensuite utilisé des données que j'ai initialement récoltées dans le cadre d'une enquête pour laquelle j'ai été mandaté par le

Département de sociologie de l'UNIGE⁴⁵ en tant qu'Auxiliaire de Recherche et d'Enseignement (ARE), au semestre d'automne 2020. Dans le cadre de cette recherche, j'ai reçu l'aide de Malaïka Nagel, étudiante de Master en sociologie en deuxième année, également ARE au département. La récolte de donnée s'est déroulée en trois étapes au cours desquelles des entretiens semi-directifs, un *focus group* et un questionnaire en ligne ont été réalisés.

RÉCOLTE DE DONNÉES : ÉCHANTILLONNAGE ET POPULATION ENQUÊTÉE

D'abord, 16 entretiens semi-directifs ont été menés auprès des CER en sociologie. Cette étape s'est déroulée entre le 13 octobre 2020 et le 7 décembre 2020. Malaïka Nagel et moi-même avons mené ces entretiens en nous basant sur un guide d'entretien structuré autour des thématiques suivantes : familiarité avec les outils numériques, enseignement distanciel vs. présentiel, effets de la crise sur les pratiques pédagogiques, expérience personnelle de la crise et avenir de l'enseignement.

J'ai ensuite réalisé un questionnaire en ligne – constitué de questions ouvertes – auquel ont participé de manière anonyme des étudiant-es ayant suivi des cours de sociologie lors du semestre de printemps 2020. J'ai utilisé pour ce faire la plateforme LimeSurvey. Les étudiant-es ont été contacté-es par le biais de l'Association des Étudiants en Sociologie (AES) et de groupes d'étudiant-es en sociologie constitués sur les réseaux sociaux. Les thématiques abordées dans ce questionnaire sont similaires à celles traitées lors des entretiens semi-directifs.

●
⁴⁵ Un consentement écrit a été demandé à chaque participant-e afin de réutiliser les données pour cette recherche. Tous les prénoms sont fictifs, les données ont été anonymisées.

Enfin, j'ai réalisé un *focus group* exploratoire avec deux étudiant-es de Bachelor et deux étudiant-es de Master en sociologie à l'UNIGE que j'ai contacté par les mêmes canaux que pour le questionnaire en ligne. Ce *focus group* s'est déroulé en ligne le 23 février 2021 sur Zoom et visait à dégager de nouvelles pistes d'analyse, ainsi qu'à approfondir les différentes thématiques abordées dans le questionnaire en ligne afin de trianguler les données avec celles récoltées lors des entretiens et du questionnaire en ligne.

Notre population d'étude est constituée des acteurs de première ligne de l'enseignement en sociologie à l'UNIGE. Elle comprend (1) dix membres du corps professoral, dont sept femmes et trois hommes (2) cinq CER, dont un homme et quatre femmes qui ont dispensé des cours ou des séminaires affiliés au Département de sociologie lors du semestre de printemps 2020, ainsi que (3) quatorze étudiant-es en sociologie qui ont participé à ces cours durant la même période. Voici un tableau récapitulatif des données que nous avons récoltées :

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des données récoltées

	Taux de participation (N)	Taux de réponses incomplètes / non-réponse (N)
Entretiens semi-directifs	84 % (16)	16 % (3)
Questionnaire en ligne	60 % (9)	40 % (5)
Focus group	80 % (4)	20 % (1)

TRAITEMENT DES DONNÉES

Les données ont été traitées avec le logiciel d'analyse Atlas.ti. Afin de constituer mon corpus de données, les entretiens semi-directifs et le *focus group* ont été retranscrits sous forme de verbatims et de mots-clés. Ceux-ci ont ensuite été regroupés par thématique. S'ajoutent à cela les données issues du questionnaire en ligne, déjà récoltées par thématique sous la forme de verbatims. Le logiciel Atlas.ti m'a permis de mettre en évidence les thématiques récurrentes à l'aide de codes recoupant des éléments-clés et des citations servant à appuyer mon analyse.

LE CHOC DE LA CRISE AU SEIN DU DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE : TOUT LÂCHER OU CONTINUER À TOUT PRIX ?

Le choc produit par la pandémie de Covid-19 a touché nombre d'organisations qui, dans l'urgence, ont été forcées de s'adapter pour assurer ce qui est essentiel à leur fonctionnement. Ce phénomène n'est pas nouveau. En effet, Deverell et Olsson (2010), spécialistes des organisations, ont montré que les crises ont la capacité de bouleverser le fonctionnement des organisations en les poussant à adapter leur stratégie, leurs objectifs, ainsi que leurs activités quotidiennes. La notion de crise peut ainsi être comprise comme étant ce qui se produit « lorsqu'une communauté de personnes – une organisation, une ville ou une nation – perçoit une menace urgente pour les valeurs fondamentales (...) qui doit être traitée dans des conditions d'incertitude⁴⁶ » (Boin et Hart cités par Deverell et Olsson, 2010, p. 118). Autrement dit, lorsqu'une crise survient, les organisations n'ont pas le temps nécessaire pour assurer une réponse optimale à la menace.



⁴⁶ Notre traduction.

Dans les sections qui suivent, nous chercherons donc à comprendre comment la crise du Covid-19 a transformé l'enseignement au sein du Département de sociologie de l'UNIGE et a conduit les acteurs de l'enseignement – le corps enseignant comme les étudiant-es – à s'adapter pour assurer la continuité pédagogique. Dans un premier temps, nous tenterons de montrer que la crise a profondément bouleversé l'enseignement traditionnel (1) en poussant le corps enseignant à assurer la continuité pédagogique à distance, (2) en accélérant la transition de l'enseignement vers le numérique, et (3) en amenant le corps enseignant à privilégier la formation de nouveaux/elles étudiant-es diplômé-es aux dépens de la dimension sociale de l'enseignement. Dans un second temps, nous chercherons à montrer comment l'enseignement à distance (1) a redistribué les rôles au sein du Département de sociologie autour des compétences numériques, et (2) a contribué à faire évoluer l'enseignement vers un modèle pédagogique centré sur l'interaction et la réflexion.

TRANSITION VERS LE NUMÉRIQUE : VERS UN NOUVEAU PARADIGME DANS L'ENSEIGNEMENT ?

S'adapter à l'ère du Covid-19 : Enseigner à distance coûte que coûte

La crise du Covid-19 a marqué le début d'une nouvelle ère pour l'enseignement supérieur : celle de l'enseignement à distance. Les mesures de confinement annoncées par le Conseil fédéral au début de la crise a poussé le rectorat de l'UNIGE à rendre le télétravail obligatoire dès le lundi 16 mars 2020. Cette décision a eu pour conséquence de suspendre l'ensemble des activités liées à la recherche (pour les chercheurs/euses qui étaient sur le terrain) et de concentrer les efforts sur la continuité de l'enseignement à

distance. Dès lors, le changement abrupt causé par cette priorisation de l'enseignement a remis en question l'importance de la recherche comme le souligne Claudia, une professeure de sociologie :

« Le rectorat a demandé de se concentrer sur l'enseignement, mais c'est compliqué, car la recherche est quelque chose de très important dans la carrière de la plupart des chercheurs. Ils valorisent beaucoup la recherche. C'est quelque chose que l'on met en avant dans son CV. » (26 octobre 2020)

Pour assurer la continuité de l'enseignement au début de la crise, les enseignant-es de sociologie (le corps professoral et le corps intermédiaire) ont été amené-es à réagir dans l'urgence et à adapter l'ensemble du système pédagogique aux mesures sanitaires. En ce sens, les entretiens menés avec le corps enseignant m'ont permis de confirmer que même si l'enseignement exclusivement à distance n'avait jusqu'alors jamais été envisagé ni même souhaité, cette modalité d'enseignement est devenue en quelques jours seulement une nouvelle normalité.

Cette transformation a dû se faire rapidement au début de la crise, car les enseignant-es de sociologie n'avaient pas d'autre choix que de poursuivre l'enseignement à distance et de repenser leurs pratiques d'enseignement pour assurer la continuité pédagogique. Une professeure et un assistant témoignent, en ce sens, de la nécessité de trouver une solution pour adapter leurs pratiques pédagogiques et poursuivre l'enseignement à distance :

« Je me suis posé beaucoup de questions sur comment maintenir mon cours. (...). On se questionnait surtout sur quelle était la meilleure manière de transmettre les connaissances ? » (Candice, Professeure de sociologie, 20 octobre 2020)

« On ne pouvait pas jouer sur le fait qu'on avait toujours fait comme ça. Du coup on devait trouver une solution

mais la co-construire avec les étudiants. » (Jean, Assistant de sociologie, 6 novembre 2020)

Conscient-es que l'enseignement traditionnel, en présentiel, n'était désormais plus possible, l'essentiel pour les enseignant-es et les collaborateurs/trices de l'enseignement et de la recherche a alors été de poursuivre l'enseignement à distance coûte que coûte. Pour Candice le plus important était d'assurer l'enseignement jusqu'à la fin du semestre :

« L'enseignement tel que je l'ai expérimenté au printemps (...) nous a permis de continuer, c'était ça l'important. C'était de ne pas lâcher le semestre en cours de route et d'arriver au bout (...) donc j'ai maintenu mes trucs [(les cours)], envers et contre tout. » (Candice, Professeure de sociologie, 20 octobre 2020)

En outre, l'urgence dans laquelle s'est fait le passage à distance a conduit les enseignant-es à faire preuve d'initiative, d'innovation et de créativité avec les ressources à disposition. La situation d'urgence au début de la crise a, par exemple, conduit Alice, assistante de sociologie, à improviser avec les moyens qu'elle avait pour assurer l'enseignement à distance :

« Moi, c'était parce qu'on n'avait pas le choix, donc voilà, on a fait du mieux qu'on pouvait, c'était du bricolage avec ce qu'on avait. On le faisait aussi parce que c'était la seule ressource à ce moment-là. » (13 novembre 2020)

Au-delà de la capacité d'improvisation dont les enseignant-es ont fait preuve, le passage de l'enseignement à distance constitue une période d'apprentissage qui a permis de faire évoluer leurs pratiques pédagogiques. Comme l'affirme Léonie, une professeure de sociologie :

« Pour moi en tant qu'enseignante, c'est un apprentissage. C'est changer quand même une pratique qui avait sa forme et qui était bien établie, mais c'est bien aussi, parce

qu'il faut savoir se renouveler et faire évoluer les choses. »
(7 juillet 2020)

Les enseignant-es ont toutefois dû faire face à différentes contraintes propres à l'enseignement en ligne. Cela les a conduites à trouver des moyens pour surmonter ces difficultés et assurer la continuité pédagogique une fois le pic de la crise passé. Ainsi, aucun dispositif technique (mise à disposition de matériel informatique, connexion à internet stable) n'a été mis en place par l'UNIGE avant la crise permettant aux enseignant-es de sociologie de faire du télé-enseignement. Les professeur-es ont, par conséquent, été amené-es à enseigner à distance en utilisant, par exemple, un ordinateur personnel ou en demandant au Système et Technologies de l'Information et de la Communication (STIC) d'augmenter le débit internet de leur réseau domestique.

L'enseignement à distance a également posé des difficultés logistiques, car certain-es professeur-es et membres du corps intermédiaire ne disposent pas d'un espace de travail adapté à l'enseignement à distance chez eux/elles comme l'affirme Alice :

« Je n'ai pas l'espace physique chez moi, je vis dans un tout petit studio, il n'y a pas d'autres collègues. » (Alice, Assistante de sociologie, 13 novembre 2020)

Nombre d'enseignant-es n'ont eu alors d'autre choix que d'enseigner à distance dans un espace peu adapté. En ce sens, Ingrid, professeure de sociologie, a été contrainte de donner ses cours ou d'assister à des séances depuis sa cuisine :

« Il y a des séances où on cuisinait chez nous en même temps qu'on assistait à des séances (...) du coup je me demandais : « C'est quoi ma vie, à part être assise dans la cuisine ? » » (4 novembre 2020)

En somme, les mesures sanitaires prises par l'UNIGE durant la crise de Covid-19 ont empêché les enseignant-es de sociologie de poursuivre l'enseignement traditionnel qui était jusqu'alors en

présentiel. Toutefois, la nécessité d'assurer la continuité pédagogique imposée par l'université les a poussé-es à repenser l'enseignement tel qu'il était conçu avant la crise de manière à l'adapter à des modalités d'enseignement à distance qui dépassent le court terme⁴⁷. En remplaçant l'enseignement traditionnel, l'enseignement à distance est devenu la nouvelle norme qui a permis de maintenir la continuité pédagogique durant la crise.

Enseigner à l'ère du Covid-19 : Un terreau fertile pour la transition numérique au Département

Depuis une dizaine d'années, la transition numérique est l'un des piliers de la stratégie développée par l'Université de Genève. Pour rester compétitive et novatrice sur la scène mondiale, l'université s'est, par exemple, fixé comme objectif d'être actrice de la révolution numérique en affichant sa volonté d'être « pionnière dans l'utilisation, lorsqu'elle se justifie, des nouvelles technologies dans l'enseignement, la recherche (...) ainsi que l'administration » (Rectorat UNIGE, 2015, p. 3). Cette position en faveur de la transition numérique s'est concrétisée par la création de Massive Open Online Course (MOOC) en 2013, puis d'une cellule MOOC intégrée au rectorat, et d'un Bureau de la Stratégie Numérique⁴⁸ (BSN) en 2016.

●
⁴⁷ Dès le début de l'enseignement à distance en mars 2020, les enseignant-es ont rapidement su qu'ils et elles allaient devoir enseigner à distance jusqu'à la fin du semestre de printemps. De même, la seconde vague survenue au milieu du semestre d'automne et l'incertitude quant à la possibilité de retourner à un enseignement en présentiel a conduit les enseignant-es de sociologie à poursuivre l'enseignement à distance tant que la situation sanitaire ne permettrait pas un « retour à la normale » de l'enseignement.

⁴⁸ Le bureau de la stratégie numérique (BSN) a été renommé bureau de la transformation numérique.

Au niveau facultaire, plusieurs facultés, comme celle des Sciences de la Société dont fait partie le Département de la sociologie, disposaient d'une infrastructure technique permettant d'enseigner à distance avant la pandémie. Par exemple, la plupart des salles utilisées par les enseignant-es de sociologie sont équipées de micros pour enregistrer les cours sur la plateforme de streaming Médiaserver. De plus, les collaborateurs/trices de l'UNIGE disposent d'outils numériques institutionnels donnant accès à une multitude de fonctionnalités pour l'enseignement à distance. Comme le précise Yves Flückiger, le recteur de l'UNIGE, à propos de la stratégie numérique développée par l'université au cours des dernières années :

« L'idée est de nous préparer au maximum en amont pour que, le jour venu, on puisse basculer vers le presque tout numérique. (...). Et cela ne peut fonctionner que grâce à ces différentes cellules sectorielles et, bien sûr, aux facultés et centres interfacultaires qui traduisent concrètement sur le terrain la politique de l'institution » (Charvet, Erard, et al., 2020, p. 4).

Malgré la stratégie de l'UNIGE axée sur le développement du numérique, le potentiel de l'enseignement à distance est resté jusqu'alors inexploité par les enseignant-es de sociologie. De fait, Ingrid exprime sa réticence vis-à-vis de la transition numérique en soulignant l'échec des MOOC visant initialement à démocratiser l'enseignement à distance à l'université :

« Il y a 15 ans, on nous prenait la tête avec les MOOC, et aujourd'hui on n'en parle plus du tout, parce que ça n'a pas marché. » (Ingrid, Professeure de sociologie, 4 novembre 2020)

En remettant au goût du jour l'enseignement à distance, la crise du Covid-19 a été décisive dans la transition numérique à l'UNIGE. En effet, avec les mesures prises par l'université durant la pandémie, la continuité pédagogique a pu être assurée essentiellement grâce aux moyens techniques déjà existants qui

ont rendu possible le basculement vers des enseignements en ligne. Ce terreau propice au développement du numérique a donc permis aux enseignant-es de faire preuve de résilience, définie par Deverell et Olsson comme « la capacité des organisations à gérer les défis externes et les incertitudes, et à développer en partant de l'expérience une capacité à « rebondir » après les crises » (Deverell et Olsson, 2010, p. 117, traduction de l'auteur).

La crise a donc été un accélérateur de la transition numérique en poussant les enseignant-es à basculer dans l'urgence vers des enseignements exclusivement à distance et, par conséquent, à utiliser et exploiter davantage les fonctionnalités pédagogiques offertes par les outils numériques pour ce type d'enseignement. Ainsi, la crise a permis à Alice d'expérimenter de nouvelles pratiques pédagogiques grâce aux outils numériques :

« J'ai fait de l'accompagnement pour la rédaction et la mise en œuvre des travaux des étudiants qui se faisaient en binômes. Avec le passage au distanciel, j'ai eu la possibilité vraiment de faire des échanges approfondis, je leur ai montré des choses que je n'aurais pas pu faire en classe. » (Alice, Assistante en sociologie, 13 novembre 2020)

Nonobstant la réticence de certain-es enseignant-es à développer de nouvelles pratiques pédagogiques avec les outils numériques, l'infrastructure technique existante à l'UNIGE a constitué un véritable tremplin pour l'utilisation du numérique dans le cadre de l'enseignement au moment de la crise. De cette manière, elle a permis à la transition numérique de se faire, en facilitant le passage vers l'enseignement en ligne et en poussant les enseignant-es à exploiter davantage les outils numériques pour enseigner à distance.

Repenser la continuité pédagogique à distance : Diplômer les étudiant-es ou privilégier la dimension sociale ?

Du fait de la nécessité de poursuivre l'enseignement à distance et l'accélération de la transition du numérique, la crise a amené les enseignant-es de sociologie à repenser la continuité pédagogique à l'aune des objectifs définis comme essentiels par l'UNIGE. Ainsi, une partie des activités a été abandonnée au profit des activités que l'université a jugé nécessaire de poursuivre. Cela s'est traduit, par la suspension temporaire du domaine de la recherche et des activités en présentiel, tel que l'enseignement traditionnel.

La décision prise par l'Université de poursuivre l'enseignement à distance a conduit les enseignant-es à assurer la mission principale de l'enseignement (la transmission du savoir), afin de permettre aux étudiant-es de passer leurs examens et d'obtenir leurs diplômes. Dès lors, il a été crucial pour Candice de maintenir l'enseignement à distance à tout prix :

« On n'est pas très charismatique quand on est derrière un écran, donc je me suis concentrée un peu sur eux [les étudiant-es], savoir comment je pouvais (...) à chaque fois, mon propre drive c'était de me dire, il faut qu'on arrive au bout. Il faut que ce cours se passe, que je les diplôme, qu'ils passent leurs crédits. C'était mon obsession en fait. » (Candice, Professeure de sociologie, 20 octobre 2020)

Cette volonté centrée autour de la réussite des examens et de l'obtention d'un diplôme a également été au cœur des préoccupations des étudiant-es, comme en témoigne l'un d'eux :

« Lors du semestre de printemps 2020, mes principales préoccupations étaient de finir mon projet de recherche, valider mon Bachelor et choisir un Master. » (Charles, Étudiant de sociologie, 28 janvier 2021)

Néanmoins, malgré la volonté de l'UNIGE de diplômer les étudiant-es, le basculement de l'enseignement à distance n'a été assuré qu'au prix d'importants sacrifices. En effet, avec le passage à distance, la dimension sociale de l'enseignement pourtant considérée comme essentielle par les enseignant-es et les étudiant-es a été perdue. Comme le soutient Léonie, la médiation numérique a coupé l'enseignement de la réalité, et en particulier de la dimension sociale incarnée par les échanges en face à face entre les étudiant-es et les enseignant-es :

« Enseigner à des gens qu'on ne voit pas, c'est très déréalisant. Il manque une dimension essentielle de l'enseignement. Fondamentalement, l'enseignement doit se faire en face à face. Certaines choses peuvent passer par du virtuel, mais le face à face est ce qu'on doit retrouver en priorité. (...). Tous les enseignements d'apprentissage, de savoir-faire, d'échange, de réflexivité, il faut que ça ait lieu en présentiel. » (Léonie, Professeure de sociologie, 7 décembre 2020)

Figure 1 : Une enseignante de sociologie donne cours à distance dans un auditoire vide en raison des mesures sanitaires



Source : Alexandrie Dupras, mars 2020

Le basculement vers un modèle pédagogique à distance a ainsi montré que l'essentiel de l'enseignement ne repose pas seulement sur la transmission du savoir scientifique, mais aussi sur la manière dont les étudiant-es acquièrent ces savoirs individuellement et collectivement. Ainsi, comme le soutient Ingrid :

« Je pense qu'une partie de l'enseignement pour les étudiants, il se passe aussi entre les cours. En sortant de la salle, on discute du cours qui vient de se terminer, on débat un peu. (...). Beaucoup d'étudiants se désintéressent de leurs études, parce qu'il n'y a pas la caf, parce qu'il n'y a plus tout ce qui se passe entre les cours. » (Ingrid, Professeure de sociologie, 4 novembre 2020)

Bien que l'enseignement à distance permette aux étudiant-es de poursuivre leurs études en vue d'obtenir un diplôme, l'absence d'échanges en face à face constitue la perte d'une dimension fondamentale de l'enseignement. Avec l'enseignement à distance, une étudiante explique s'être retrouvée déconnectée de la dimension réelle de ses études, à savoir des autres étudiant-es de sa volée et de ses enseignant-es :

« Je trouve qu'on perd contact avec la réalité de nos études : le fait de ne pas voir d'autres étudiant-es, le fait de ne pas pouvoir aller parler aux professeur-es. T'as l'impression que tu sais que t'étudies, mais tu perds la dimension réelle. Même les examens, ça ne semblait pas réel. » (Adèle, Étudiante de sociologie, 23 février 2021)

En délaissant la dimension sociale de l'enseignement au profit de la continuité pédagogique à distance, l'acquisition des connaissances par les étudiant-es s'est alors retrouvée fortement altérée. L'apprentissage des étudiant-es à l'université ne peut, en effet, se construire que sur la base de relations sociales avec l'enseignant-e et les autres étudiant-es. Comme le soulignent Coulon et Paivandi (2008), l'apprentissage des étudiant-es se fait essentiellement dans une relation collective :

« Les situations d'apprentissage impliquent ainsi, inévitablement, la question des relations humaines : on ne peut pas parler d'apprentissage sans évoquer avec qui on apprend, ce qu'on apprend, comment on l'apprend. On apprend seul, mais dans une relation collective. Le contexte pédagogique est en effet avant tout un contexte social » (p. 8).

Figure 2 : Le hall du bâtiment Uni Mail vide au début du confinement



Source : Mathilde Bourrier, mars 2020

L'isolement provoqué par les mesures de confinement ainsi que par l'enseignement à distance altère le contexte social dans lequel se fait l'apprentissage des étudiant-es. La crise a donc révélé une tension entre, d'une part, la volonté de l'UNIGE de ne pas renoncer à la formation des étudiant-es et, d'autre part, de maintenir l'enseignement à distance au prix d'un apprentissage réalisé hors de son contexte social.

Candice, professeure de sociologie, souligne d'ailleurs cette forme de disjonction :

« Je ressens que l'institution est tout excitée à l'idée qu'on va faire des classes inversées, du travail à distance intelligent, avec les nouveaux outils de la nouvelle pédagogie (...) et dans le même temps je sens que les étudiants sont extrêmement preneurs de quelque chose qui est presque de la relation prof-étudiants en présentiel, dans ce qu'il y a de physique dans l'histoire. » (20 novembre 2020)

La continuité pédagogique à distance a donc un coût. En effet, comme le déclare Alice :

« Je ne pense pas vraiment que donner des cours via Zoom permette vraiment aux étudiants d'avoir une expérience complète d'acquisition de connaissances (...) on est en train d'hypothéquer l'éducation de beaucoup de jeunes étudiants. » (Alice, Assistante de sociologie, 13 novembre 2020)

Nous avons donc vu à la lumière de la crise que la mission essentielle de l'UNIGE a été de préserver la formation des étudiant-es en assurant la continuité pédagogique à distance au prix d'un enseignement privé de son contexte social. Bien que l'enseignement à distance ait permis aux enseignant-es d'assurer la transmission du savoir, l'absence d'échanges physiques entre les enseignant-es et les étudiant-es a péjoré l'apprentissage de ces derniers, qui ne peut se construire que sur la base d'une relation collective. En poursuivant la stratégie de l'université centrée sur la production de nouveaux/elles diplômé-es, une dimension essentielle de l'enseignement a été perdue pour les enseignant-es comme pour les étudiant-es. Avec le basculement de l'enseignement à distance, je me suis alors demandé : comment la crise a redistribué les rôles au sein du Département de sociologie ?

ENSEIGNER À TRAVERS LE NUMÉRIQUE : ACCÉLÉRATEUR DE COMPÉTENCES NUMÉRIQUEES OU DÉGRADATION DE L'ESSENTIEL ?

DE L'ANOMIE À LA COLLABORATION : COMMENT LA CRISE A-T-ELLE REDISTRIBUÉ LES RÔLES ?

De par la nécessité de se former dans l'urgence – en seulement trois jours – à l'utilisation des outils numériques pour assurer la continuité pédagogique, la crise a poussé les professeur-es de sociologie à passer outre l'isolement pédagogique qui prédominait jusqu'alors au sein du corps professoral. La nécessité de dépasser l'individualisme pédagogique leur a permis de combler l'absence de formation pédagogique obligatoire à l'université. En effet, l'isolement pédagogique qui découle de l'accord tacite de ne pas regarder ce que les autres professeur-es font dans leurs cours ne laisse que peu de place à la formation pédagogique. Ainsi, certain-es enseignant-es font face à des difficultés liées à l'utilisation des outils numériques dans l'enseignement :

« Il y a aussi une certaine incompetence, et je ne pense pas que ça soit lié à une non-volonté ou une réticence. Je suis très nulle avec les outils du numérique, ça été une de mes difficultés et c'est une de mes difficultés. » (Léa, Professeure de sociologie, 29 octobre 2020)

Pour assurer la continuité pédagogique à distance, les professeur-es de sociologie se sont donc formés aux outils numériques pédagogiques (Zoom, Camtasia, fonctionnalités pédagogiques sur Moodle) en collaborant à distance⁴⁹ avec l'ensemble du corps enseignant au début de la crise. Deux raisons

●
⁴⁹ Cet élan de collaboration a surtout permis aux enseignant-es de sociologie de répondre au besoin de réagir rapidement en mettant en place de nouvelles pratiques d'enseignement au début de la pandémie. C'est pourquoi, une fois le pic de la crise passé, ce mouvement collaboratif s'est peu à peu estompé.

permettent d'expliquer comment l'apprentissage de nouvelles compétences numériques a pu se réaliser dans un délai aussi court. D'abord, cette collaboration a été initiée par les membres du CER qui, en temps normal, cultivent un esprit essentiellement collaboratif. Avec le basculement à distance et la nécessité de maîtriser les outils numériques pédagogiques, la crise a renforcé la collaboration préexistante entre les CER. De plus, grâce aux compétences numériques acquises avant la crise, les CER ont favorisé l'*up-skilling* des professeur-es, dans un court laps de temps, en apportant leur soutien dans l'apprentissage des nouveaux outils numériques. Cette collaboration inédite avec le corps intermédiaire a donc permis aux professeur-es de développer les compétences numériques nécessaires pour réagir rapidement face à la crise. Les CER ont joué un rôle essentiel dans cette transition comme l'affirme Candice :

« Il y avait deux assistantes qui, ce fameux lundi matin, on s'est téléphoné à trois et ça a duré une heure, on a fait une prise en main d'une heure par Zoom. Elles m'ont montré comment on envoie un lien, je l'ai déposé sur Moodle, après mes étudiants se sont connectés et on est parties comme ça. » (Candice, Professeure de sociologie, 20 octobre 2020)

Bien que le soutien apporté par le corps intermédiaire aux professeur-es existait avant la pandémie, il s'est révélé indispensable pour le corps professoral lors de la crise, puisqu'au-delà de la formation aux outils numériques, il leur a permis d'avoir des échanges (conseils, feedback) sur les pratiques d'enseignement à distance. Ainsi, le soutien des CER est capital pour Candice :

« C'est hyper important. Ça te donne un miroir. Tu peux aussi je pense arriver à te confier parce que finalement le boulot de prof c'est un boulot de théâtre qui fragilise parfois (...). Donc [c'est bien] d'avoir des collègues plus jeunes qui peuvent aussi te bousculer un peu, mais dans

la bienveillance. » (Candice, Professeure de sociologie, 20 octobre 2020)

La nécessité de poursuivre l'enseignement à distance qui s'est imposée au début de la crise a donc bouleversé le cahier des charges des enseignant-es de sociologie et remis en perspective le rôle de chacun-e au sein du département. Bien qu'une forme d'individualisme pédagogique prédominât jusqu'alors entre les professeur-es, la crise les a amené-es à collaborer avec l'ensemble des enseignant-es de sociologie pour assurer la continuité de l'enseignement à distance. De cette manière, le corps intermédiaire s'est illustré en accompagnant les professeur-es dans l'apprentissage des nouveaux outils numériques pédagogiques qui a été indispensable, au début de la crise, pour basculer vers des enseignements exclusivement à distance.

PASSER AU NUMÉRIQUE : UNE ÉVOLUTION FORCÉE VERS UNE PÉDAGOGIE CENTRÉE SUR L'INTERACTION ET LA RÉFLEXION

L'utilisation forcée du numérique lors de la pandémie de Covid-19 s'est traduite par une évolution rapide vers un modèle pédagogique nouveau. L'enseignement à distance pose de nombreux défis aux enseignant-es, notamment parce que la médiation numérique a coupé l'enseignement de sa dimension sociale. Le passage de l'enseignement en ligne n'est donc pas anodin, puisqu'il ne s'agit pas d'enseigner à distance de la même manière qu'en présentiel, mais plutôt de mettre en place des pratiques pédagogiques qui favorisent l'interactivité et la réflexion avec les étudiant-es pour garder le contact à distance. En ce sens, le courriel envoyé par le rectorat aux collaborateurs/trices de l'UNIGE lors de la transition vers l'enseignement à distance témoigne de l'évolution pédagogique que cela implique :

« Une connexion virtuelle n'est pas l'exact équivalent d'un dialogue en groupe ou avec son enseignant-e, mais nous

veillons à ce que les outils déployés offrent toute l'interactivité nécessaire. » (Courriel du rectorat, 13 mars 2020)

Un des défis majeurs pour le corps enseignant avec l'enseignement à distance est donc de réussir à capter l'attention des étudiant-es à travers le numérique. De nombreux/euses enseignant-es ont ainsi témoigné de leur difficulté à voir si les étudiant-es comprenaient ou non les cours, car il est plus difficile de ressentir le langage corporel et la gestuelle⁵⁰ des étudiant-es derrière leur écran qu'en présentiel. De plus, avec la possibilité de couper le son et d'éteindre la caméra sur Zoom, certains professeur-es se sont retrouvé-es non plus dans un échange avec les étudiant-es, mais dans une forme de monologue. Léa s'est par exemple retrouvée face à un « mur d'écrans noirs » en enseignant sur Zoom :

« Celles et ceux qui suivaient régulièrement le cours n'ont pas cessé de poser les questions par écrit [sur le chat]. C'est troublant, on ne se retrouve plus dans un échange, mais dans une espèce de monologue et un monologue qui n'est soutenu par rien, parce que devant soi on a des écrans noirs. » (Léa, Professeure de sociologie, 29 octobre 2020)

Le passage à distance a alors poussé les enseignant-es à adapter leurs méthodes d'enseignement en adoptant des pratiques pédagogiques davantage centrées sur les étudiant-es que sur la transmission du savoir. La liberté académique des enseignant-es à l'université a joué un rôle crucial dans cette évolution pédagogique, car elle a permis à Candice d'adapter ses pratiques pédagogiques en peu de temps et d'assurer un meilleur encadrement de ses étudiant-es :



⁵⁰ Lors d'un enseignement en face à face, le langage corporel et la gestuelle des étudiant-es permet aux enseignant-es de voir s'ils et elles suivent ou non le cours.

« Laisser la liberté aux profs devant leur classe, dans l'organisation de leur cours, c'était la force de cette organisation et de toutes les institutions universitaires, (...) elle a permis, je crois, cet extraordinaire ajustement au plus près des besoins des étudiants. » (Candice, professeure de sociologie, 20 octobre 2020)

Bien que l'enseignement traditionnel évolue depuis plusieurs années vers un modèle pédagogique interactif et réflexif, le passage de l'enseignement à distance a renforcé cette tendance. Comme le soulignent Coulon et Paivandi (2008), l'utilisation des outils numériques pédagogiques peut conduire l'enseignant-e à « une modification de sa façon de sélectionner et d'organiser les contenus disciplinaires (...) à reconsidérer la part d'initiative des étudiants dans le rapport enseignement-apprentissage » (p. 67). Ainsi, de nombreux/euses enseignant-es ont mis en place des classes inversées⁵¹, organisé des travaux de groupes ou proposé des moments de discussion et de réflexion qui ont été appréciés par les étudiant-es :

« Le prof nous mettait en petits groupes et nous faisait travailler ensemble, donc dans des salles [nommées *breakout rooms* sur Zoom]. J'ai trouvé assez cool, parce que c'était interactif. » (Lucie, étudiante de sociologie, 23 février 2021)

La nécessité d'assurer la continuité pédagogique à distance a donc privé l'enseignement de sa dimension sociale et a posé des difficultés aux enseignant-es notamment en termes d'interaction avec les étudiant-es. Plusieurs enseignant-es se sont alors retrouvé-es à enseigner en ligne face à un « mur d'écrans noirs », les contraignant à modifier leurs pratiques pédagogiques pour assurer des moments d'échanges avec les étudiant-es. Cela s'est

●
⁵¹ Le concept de classe inversée fait référence à une méthode d'enseignement, où les étudiant-es préparent le cours à la maison (lectures, devoirs) et discutent ensuite en classe avec l'enseignant-e sur ce qu'ils et elles ont préparé à la maison.

traduit par une évolution de l'enseignement centré sur la transmission du savoir scientifique vers des pratiques pédagogiques axées sur l'interaction et la réflexion, telles que les classes inversées ou les moments de discussion par petits groupes sur Zoom.

DISCUSSION

À travers cette étude de cas, nous avons mis en lumière plusieurs dynamiques de transformation de l'enseignement au sein du Département de sociologie à l'UNIGE durant la pandémie de Covid-19. Nous avons d'abord montré que la crise a provoqué un bouleversement sans précédent dans l'enseignement, en contraignant les enseignant-es de sociologie à abandonner l'enseignement traditionnel afin d'assurer à tout prix la continuité pédagogique à distance. Puis, nous avons montré que la crise a été un vecteur d'accélération pour la transition numérique de l'enseignement, grâce notamment à l'aménagement d'une infrastructure technique permettant déjà d'enseigner en ligne depuis plusieurs années. De plus, nous avons montré que la pandémie a poussé le corps enseignant à privilégier la formation de nouveaux/elles étudiant-es diplômé-es au détriment de la dimension sociale – pourtant essentielle – de l'enseignement. Par ailleurs, nous avons vu que le passage forcé de l'enseignement à distance a remis en perspective le rôle de chacun-e au sein du Département de sociologie, notamment en termes de compétences numériques et d'esprit de collaboration. Enfin, nous avons pu voir qu'enseigner à distance à travers le numérique constitue un défi pédagogique, poussant les enseignant-es à centrer leurs pratiques d'enseignement davantage sur l'interaction et la réflexion que sur la transmission du savoir scientifique.

En mettant ces résultats en perspective avec la littérature sur la sociologie de l'éducation et des organisations en temps de crise, nous pouvons alors mieux comprendre comment la continuité de

l'enseignement a été assurée au sein du Département de sociologie de l'UNIGE pendant la crise du coronavirus. Jusqu'à présent, peu d'études se sont intéressées aux universités en temps de crise, et ce, d'autant plus que la pandémie de Covid-19 a fait émerger une situation sans précédent pour les universités en bouleversant le cœur de l'enseignement. En effet, la crise a poussé les enseignant-es à délaisser l'enseignement traditionnel, centré sur un format en présentiel, au prix d'un enseignement exclusivement à distance. Cette transition a ainsi fait émerger un modèle d'enseignement et des pratiques pédagogiques fondamentalement nouvelles. En ce sens, le professeur en philosophie de l'éducation, Nicholas Burbules (Peters et al., 2020), insiste sur la nécessité de distinguer l'éducation en ligne, conçue initialement pour être dispensée à distance, de l'enseignement à distance caractérisé par la transposition et l'adaptation – dans l'urgence – de l'enseignement traditionnel en ligne. Néanmoins, bien que la continuité pédagogique à distance ait été assurée à l'UNIGE, cette situation de crise reste exceptionnelle. C'est pourquoi Burbules souligne qu'un « aménagement temporaire et, espérons-le, ponctuel pour répondre à une situation extraordinaire n'est pas la même chose qu'une restructuration permanente du programme d'études » (Peters et al., 2020, p. 20, traduction de l'auteur). Finalement, à travers cette recherche, nous avons vu quel modèle et quelles pratiques d'enseignement ont été privilégiés (ou abandonnés) pour assurer la continuité pédagogique durant la crise.

Plusieurs facteurs structurels et organisationnels ont permis à l'UNIGE, et en particulier aux enseignant-es de sociologie, de réagir rapidement au début de la pandémie et d'adapter l'enseignement à la situation sanitaire exceptionnelle. De fait, bien que les universités, en tant qu'organisations, aient été peu étudiées à la lumière des crises, l'entrecroisement de la littérature sociologique sur les universités et sur les organisations en crise nous conduit à analyser les universités comme des organisations anomiques et flexibles. En effet, la structure anomique mais

organisée en diverses entités (facultés, départements, instituts) faiblement interdépendantes les unes des autres (*loosely coupled systems*) a été un élément clé de la réponse de l'UNIGE à la crise, car elle a donné la possibilité à chacune de ces entités d'adapter l'enseignement dans l'urgence et à leur échelle. Les modalités d'enseignement (cours en amphithéâtre, tutorats, travaux pratiques, laboratoires) étant différentes pour chaque faculté ou département, la liberté laissée par l'université à ces entités leur a ainsi permis de réorganiser l'enseignement de la manière la plus pertinente à leur échelle. En ce sens, la liberté académique peut être considérée comme une valeur cardinale de l'université, puisqu'elle a donné la liberté nécessaire aux enseignant-es de sociologie pour se réorganiser collectivement afin d'assurer la continuité pédagogique à distance, tout en ajustant individuellement leurs méthodes d'enseignement au plus près des besoins des étudiant-es.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons cherché à comprendre comment l'UNIGE et en particulier les collaborateurs/trices du Département de sociologie ont assuré la continuité pédagogique durant la pandémie de Covid-19. Ce cas d'étude présente néanmoins certaines limites. En effet, les résultats présentés dans cette recherche ne peuvent être généralisés ou comparés aux résultats qui ont pu être obtenus dans un contexte différent, car ils ne reflètent pas la réponse que d'autres départements, facultés ou universités ont pu apporter dans le domaine de l'enseignement durant la crise. De fait, les facultés et départements de l'UNIGE ont été amenés à adapter leurs méthodes pédagogiques différemment selon la nature (plutôt pratique ou théorique) des enseignements, raison pour laquelle il n'est pas pertinent de généraliser nos résultats à un contexte institutionnel plus large. De même, l'intensité fluctuante de la crise du Covid-19 ainsi que l'ajustement des mesures sanitaires en fonction de ces variations ont conduit les enseignant-es de sociologie à adapter leurs pratiques pédagogiques au fil du temps. Ainsi, une comparaison des transformations pédagogiques

apportées au début de la crise avec celles produites au moment de la seconde ou de la troisième vague ne peut être pertinente, car le contexte sanitaire varie fortement selon la période étudiée.

CONCLUSION : QUELLE PLACE POUR LA PÉRENNITÉ DES PRATIQUES PÉDAGOGIQUES À DISTANCE ?

En s'intéressant aux transformations de l'enseignement au sein du Département de sociologie de l'UNIGE durant la crise du coronavirus, ce travail laisse en suspens un certain nombre de questions et ouvre ainsi la voie vers de nouvelles perspectives de recherche. Au début de la pandémie, les transformations de l'enseignement qui se sont faites dans l'urgence n'étaient alors que temporaires. Néanmoins, en s'inscrivant dans la durée, la crise du Covid-19 nous invite à réfléchir à quelle est la limite entre l'enseignement en temps normal (traditionnel) et l'enseignement en temps de crise ? Quels modèle et pratiques pédagogiques seront privilégiés une fois la crise terminée ? Même s'il est vrai que nombre de professeur-es ont vu dans l'enseignement à distance de nouvelles possibilités pédagogiques, nombreux/euses sont les étudiant-es qui attendent encore de retrouver les bancs de l'université.

BIBLIOGRAPHIE

- Achard, Pablo (2020). « Les leçons de la crise. Bilan de la phase 1 », *Retour d'expérience*, Genève : Université de Genève, p.1-179.
- Albero, Brigitte et Bernard Dumont (2002). *Les technologies de l'information et de la communication dans l'enseignement supérieur : pratiques et besoins des enseignants*. Paris : Bureau de l'Enseignement supérieur, p.1-67.
- Charvet, Alexandra, Jacques Erard, Vincent Monnet, Anton Vos et Luana Nasca (2020). « L'Université fait front face au coronavirus. » *Le journal de l'UNIGE* (171) : 4-5.
- Cohen, Michael D, James G March, Johan P Olsen (1972). « A Garbage Can Model of Organizational Choice. » *Administrative Science Quarterly*, 17(1): 1-25.
- Coulon, Alain et Saeed Paivandi (2008). *État des savoirs sur les relations entre les étudiants, les enseignants et les LATOSS dans les établissements d'enseignement supérieur*. Paris : L'Observatoire national de la vie étudiante.
- Deverell, Edward et Eva-Karin Olsson (2010). « Organizational culture effects on strategy and adaptability in crisis management. » *Risk Management* 12(2): 116-134.
- Peters, Michael A., Fazal Rizvi, Gary McCulloch, Paul Gibbs, Radhika Gorur, Moon Hong, Yoonjung Hwang et al. (2020). « Reimagining the new pedagogical possibilities for universities post-Covid-19: An EPAT Collective Project. » *Educational Philosophy and Theory* : 1-44.
- Weick, Karl (1976). « Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. » *Administrative Science Quarterly* 21(1): 1-19.

SOURCES

- Grand Conseil de la République et canton de Genève (2008), Loi sur l'Université (LU), C1 30 : <https://ge.ch/grandconseil/data/loisvotee/L10103.pdf>
- Rectorat de l'Université de Genève (2020), Budget 2020, Genève: Université de Genève, pp.1-328.
- Rectorat UNIGE (2015), Plan Stratégique 2015 : L'Université de Genève à l'horizon 2025, Plan Stratégique, Genève: Université de Genève, pp.1-9.

Rédaction e-journal de l'UNIGE (2020), Ces quelques jours où l'enseignement universitaire s'est dématérialisé, Université de Genève : <https://www.unige.ch/lejournalejournal/ejournal01/enseignement-distance/>, (consulté le 18/2/2021)

Musselin Christine (2018), Les universités, des anarchies organisées mais pas dysfonctionnelles, Sciences Po : <https://www.sciencespo.fr/actualites/actualite/C3%A9s/%E2%80%99Cles-universit%C3%A9s-des-anarchies-organis%C3%A9es-mais-pas-dysfonctionnelles%E2%80%9D/3855> (consulté le 20/2/2021)

CHAPITRE 11. LA VIE ACTIVE DES MUSÉES FERMÉS AUX PUBLICS : UNE ÉTUDE SOCIOLOGIQUE EN TEMPS DE CRISE SANITAIRE

Annabella Zamora

RÉSUMÉ

La crise sanitaire du Covid-19 a bouleversé la vie de la culture. Les musées, fermés aux publics pendant de longues périodes, ont alors été très limités dans leurs pratiques d'exposition et de médiation. Pour autant, ces organismes ne se sont pas arrêtés de produire, de collaborer, ni de travailler. Comment ces musées ont-ils réussi à s'adapter ? Quel a été, pour eux, l'essentiel à préserver ? Qu'est-ce que la crise a révélé de ces organisations ? Cette étude, mobilisant la sociologie des organisations, documente et analyse l'impact de cette crise globale sur les musées suisses, des Cantons de Genève et de Vaud, de février 2020 à mars 2021. Elle repose sur un corpus de données composé des communications écrites et via vidéoconférences de l'Association des musées suisses (AMS) et sur 24 entretiens semi-directifs avec des membres de 26 organisations muséales – certain-es membres représentant plusieurs musées. Elle détaille ainsi les modèles d'organisation des musées en temps de crise sanitaire, leurs stratégies d'adaptation qui ont assuré une continuité dans leurs activités et leur collaboration interne fragilisée par la crise. Enfin, elle révèle que les musées doivent encore prouver leur caractère essentiel à la société.

INTRODUCTION : UNE FERMETURE SANS PRÉCÉDENT

Ma réflexion qui a mené à ce texte commence au cours d'un stage que j'ai réalisé au sein de l'équipe des expositions du Centre Européen de Recherche Nucléaire (CERN), le laboratoire européen pour la physique des particules, situé à proximité de Genève, à cheval sur la frontière franco-suisse. Avec deux espaces d'expositions, il accueille en moyenne 150'000 visiteurs/euses par an. Un centre de sciences supplémentaire, dont l'ouverture est prévue pour 2023, est également en construction. C'est un projet central au sein de mon équipe. Dès mars 2020, tou-tes les membres sont envoyé-es en télétravail et seules les activités considérées comme essentielles continuent d'accueillir un nombre limité de personnes. Les expositions du CERN, non essentielles, sont donc fermées aux publics (figure 1) dès le 16 mars 2020 jusqu'à leur réouverture en juin 2021. Paradoxalement, depuis mars 2020, le travail au sein de l'équipe des expositions n'a pas diminué. Le projet du nouveau centre continue, et des espaces (virtuels) se créent au fil des mois.

Figure 1 : La fermeture des expositions du CERN



Source : Service photographique du CERN, 18 mars 2020

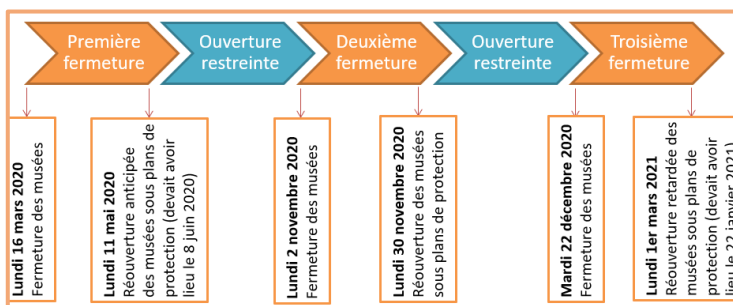
Le CERN étant tout d'abord un laboratoire scientifique de physique fondamentale, ses priorités sont différentes de celles des musées. En témoigne d'ailleurs sa réouverture aux publics bien plus tardive que celles des autres musées en Suisse. Mais qu'en est-il alors des musées pour lesquels une des missions principales repose sur l'ouverture aux publics ?

La Suisse est un des pays avec la plus grande densité de musées au monde selon l'AMS (2020). En 2019, cette dernière comptabilise 1'129 musées remplissant leurs missions de préserver, exposer, étudier et faire connaître des biens culturels (AMS, 2020). Le 26 février 2020, la Confédération, dans la continuité de son « Message culture » 2016-2020, a annoncé trois axes stratégiques pour 2021-2024 : la « participation culturelle », la « cohésion sociale » et la « création et l'innovation » (OFC, 2020). Elle s'engage également, en particulier, à mettre l'accent sur la numérisation du secteur culturel. Le plafond de dépenses et de crédits-cadre a été fixé à 934,5 millions de francs suisses (OFC,

2021). C'est donc un environnement relativement prospère qui se voit percuté par la crise sanitaire.

Ainsi, le 16 mars 2020 marque une première fermeture aux publics des musées en Suisse, en raison de la pandémie de Covid-19. La figure 2 ci-après, montre *a posteriori*, l'irrégularité et l'instabilité des phases d'ouverture et de fermeture rythmées par le Conseil fédéral. Dans leur communiqué de presse du 19 octobre 2020, l'AMS (AMS, 2021a) rapporte notamment la confusion des publics face à ces changements irréguliers et arbitraires.

Figure 2 : Chronologie des mesures fédérales entre mars 2020 et mars 2021



Bien que la littérature sociologique foisonne de recherches sur les musées sous l'angle de la sociologie des publics, de l'art, de l'économie ou encore du travail (Bourdieu et Dardel, 1967 ; Eisenbeis, 1972 ; Lehalle, 1993 ; Tébol et Champarnaud, 1998, Le Marec, 2009 ; Peyrin, 2007 ; Octobre, 2001 ; Sepulveda Koptcke, 2010), peu de sociologues se sont intéressé-es aux musées en tant qu'organisations (Ballé, 2003 ; Ballé et Poulot, 2020; Gombault, 2003 ; Hénaut, 2011) et encore moins en période de crise sanitaire. Cette recherche, ancrée dans le contexte suisse de la pandémie du coronavirus de février 2020 à mars 2021,

visé ainsi à répondre à la question suivante : Comment la crise du Covid-19 a-t-elle impacté les musées des Cantons de Genève et de Vaud depuis mars 2020 ? Que révèle-t-elle de ces organisations ?

Tout d'abord, je présenterai mon approche théorique des musées sous l'angle de la sociologie des organisations. Je détaillerai ensuite les méthodes empiriques employées. Elles ont été fortement impactées par la crise sanitaire. Cela me permettra ainsi d'introduire mes résultats à la lumière d'une nouvelle catégorisation des musées basée sur leur modèle organisationnel. Je poursuivrai l'analyse des réponses et impacts de la crise sur les musées grâce à ces modèles. Enfin, je montrerai comment cette adaptation face à la crise du Covid-19 illustre le « conservatisme dynamique » (Ansell et al., 2015) des musées.

À LA DÉCOUVERTE DE L'ORGANISATION DES MUSÉES

Le terme « culture » est en général très vaste et représente une grande diversité de domaines (UNESCO, 1982). Au travers de cette crise, les lieux « culturels », comme les musées, ont été fermés, tandis que d'autres activités « culturelles », le ski notamment, ont pu continuer (figure 3) sur décision du Conseil fédéral.

Figure 3 : La fermeture des lieux culturels



Source : Dessin de presse du 11 décembre 2020, Hermann, Tribune de Genève

Pourtant depuis les années 1950, les musées ont bénéficié de la préoccupation des États européens pour la culture et ont pu se développer grâce aux ressources publiques allouées. Le musée est ainsi « un maillon essentiel de la chaîne de valorisation sociale entre la production de biens culturels et la consommation symbolique qu'il rend possible et favorise » (Ballé et Poulot, 2020, p.239).

À nouveau, comme pour la culture, lorsque nous parlons de « musées », nous désignons une grande diversité d'entités :

« Le musée est une institution permanente sans but lucratif, au service de la société et de son développement, ouverte au public, qui acquiert, conserve, étudie, expose et transmet le patrimoine matériel et immatériel de l'humanité et de son environnement à des fins d'études, d'éducation et de délectation. » (ICOM 2021)

Cette définition est source de débats au sein du monde muséal sur ce qu'est un musée et ce qu'il doit proposer à la société (Salguero 2020). Pour certain-es, les musées doivent remplir une mission politique et accueillir des publics plus diversifiés. En effet, comme le milieu social des publics influence leurs pratiques culturelles, les musées attirent des publics favorisés, disposant au départ d'un fort capital culturel (Bourdieu et Dardel, 1967). Cette mission politique du musée n'est pas partagée par tou-t-es et alimente la crise identitaire définie par Ballé (2003). La sociologie fait le constat de plusieurs contradictions irréductibles au sein des musées entre des enjeux patrimoniaux, culturels, commerciaux, administratifs et sociaux.

Ces controverses s'expliquent aussi par les multiples types de musées et leurs différentes pratiques. En effet, les musées sont souvent catégorisés par thématique associée à leurs expositions, collections ou autres activités. Ainsi, en Suisse, on trouve des musées régionaux et locaux, d'art, des techniques, d'histoire, de sciences naturelles, d'archéologie, d'ethnographie et d'autres présentant des collections non incluses dans les catégories

précédentes (OFS 2021). De plus, l'AMS (2021b) définit les zoos et jardins botaniques également comme des musées. Il est alors évident que la gestion d'œuvres et objets inertes est très différente de la gestion d'êtres vivants.

Il existe d'autres types de catégorisation associés à l'organisation des musées. Tobelem (2010) classe par exemple les musées selon leur taille, en « grands » et « petits » musées. Cependant, Ballé et Poulot (2020) considèrent que, quelle que soit la taille, leur organisation est complexe. Pour Frey et Meier (2006), il y a une distinction entre public et privé, tandis que pour Schuster (1998), l'organisation est à nouveau trop complexe pour être simplement définie en ces termes. Zolberg (1983), quant à elle, classe les musées historiquement en fonction de leurs phases de professionnalisation au cours des dernières décennies.

Au vu de ces travaux, il me paraît pertinent d'approfondir la perspective organisationnelle au sein des musées, jusqu'ici relativement négligée (Ballé et Poulot, 2020). Reprenant les travaux de la théorie organisationnelle de Morgan (1989), Ballé et Poulot (2020) décrivent les musées comme des organisations complexes, organisées en réseaux (écoles, entreprises, tourisme) pour renforcer leur inscription sociale. Ainsi telles des organisations organiques (Morgan, 1989), les musées ont une grande capacité d'adaptation à leur environnement (DiMaggio, 1982). En revanche, paradoxalement, les musées seraient devenus des « bureaucraties modernes, au sens wébérien du terme » après la Seconde Guerre mondiale, suite à la rationalisation administrative et la professionnalisation de ces institutions (Ballé et Poulot, 2020, p.282). Audier (1994) reconnaît l'impact de la modernisation et de la bureaucratisation sur les organisations muséales. Selon elle, cela crée une distance réelle et symbolique entre les différent-es membres. Cependant, elle nuance l'accroissement de la professionnalisation, car dans les musées, « les tâches et responsabilités sont mal reconnues si on se réfère aux niveaux de classification et à la sous-estimation du nombre d'activités » (p.34). Ballé et Poulot (2020) précisent également que

les différentes compétences liées à la conservation, la sécurité et la médiation ne sont pas au même niveau dans la hiérarchie des musées. De plus, ils et elles montrent que suite à l'augmentation des espaces et du nombre de visiteurs/euses, de nouveaux services tels que la restauration et les boutiques de souvenirs ajoutent de nouvelles professions dans les organisations muséales.

Je poursuis ainsi mon analyse des musées en tant qu'organisation, prenant en compte les différentes controverses et le besoin d'une catégorisation qui reflète davantage la complexité de ces organisations. Il est alors essentiel de confronter la théorie à la pratique, et de recueillir plus d'informations sur les musées des cantons de Genève et de Vaud.

LA CRISE DU PRESENTIEL FAVORISE LA COLLECTE DE DONNEES EMPIRIQUES

La collecte de données de cette étude suit les exigences de la triangulation méthodologique (Jonsen et Jehn 2009). Elle repose essentiellement sur une collecte de données effectuée de mars 2020 à mars 2021. D'une part, mon expérience du stage au CERN a permis une observation participante au contact de professionnel·les des musées et expositions. J'ai pu suivre les effets des mesures de restrictions dans une organisation très spécifique d'un musée de sciences, où nous travaillions en présentiel et en télétravail selon les périodes.

Ensuite, ma seconde source de données provient des rapports écrits et des vidéoconférences, réalisées avec le logiciel Zoom, de AMS sur la situation des musées en Suisse, entre mars 2020 et mars 2021. J'ai réalisé une analyse de contenu de ces rapports afin de recueillir les préoccupations et problèmes des musées du pays.

Enfin, la dernière source de données est constituée de 24 entretiens individuels semi-directifs effectués entre décembre 2020 et mars auprès de divers·es membres de musées

(notamment dans les fonctions de direction, conservation, médiation, réception, etc.) des cantons de Genève et de Vaud. Ces entretiens ont permis de récolter des informations sur le fonctionnement et l'expérience de ces organisations muséales depuis mars 2020. Tous les entretiens ont eu lieu en ligne via le logiciel de vidéoconférence Zoom en raison de contraintes organisationnelles et liées aux restrictions sanitaires. Sur 42 prises de contact par courriel, 26 musées ont accepté de participer aux entretiens, 3 ont refusé, 12 n'ont pas répondu et 1 a répondu en dehors de la période de récolte de données. Les 26 musées participants représentent un quart des musées du canton de Genève et de Vaud. Ce haut taux de réponse (62 %) peut s'expliquer par le fait que les entretiens en ligne facilitent les prises de rendez-vous et la logistique de déplacement sur le terrain. De plus, après presque une année de télétravail, toutes les personnes interviewées sont désormais familières avec les outils de vidéoconférence. Certaines m'ont accueillie dans leurs bureaux, et d'autres chez elles. Chaque entretien a ensuite été retranscrit en verbatim avant de procéder à une analyse thématique des données (Deterding et Waters 2021). Tous les extraits sont anonymisés.

Ainsi, en confrontant théories organisationnelles et données recueillies, une nouvelle catégorisation des musées pertinente pour le contexte suisse ainsi que pour l'analyse des impacts sur les organisations en crise a émergé. Je la présente ci-après.

UNE NOUVELLE CATÉGORISATION DES MUSÉES BASÉE SUR LES MODÈLES D'ORGANISATION

Reprenant la catégorisation thématique des musées suisses en 2019 (OFS, 2020), mon échantillon se définit ainsi :

Tableau 1 : Catégorisation thématique des musées de l'échantillon

	Échantillon (nombres de musées)	Statistiques suisses 2019
Musées régionaux et locaux	8 (30,77%)	32,30%
Musées d'art	3 (11,54%)	15,10%
Musées techniques	3 (11,54%)	13,20%
Musées d'histoire	0 (0%)	11,30%
Musées de sciences naturelles	2 (7,69%)	5,10%
Musées d'archéologie	1 (3,85%)	2,40%
Musées d'ethnographie	1 (3,85%)	1,30%
Autres musées	8 (30,77%)	19,30%
Total	26 (100%)	100%

Je constate donc une répartition relativement similaire entre les catégories des musées suisses de l'OFS et mon échantillon, à l'exception d'une surreprésentation des « autres musées » dans mon échantillon. Les musées régionaux et locaux sont

plurithématiques et sont souvent également des musées d'histoire. Cette thématique est donc en réalité représentée dans l'échantillon.

Je propose alors une nouvelle catégorisation, inspirée des idéaux-types de Weber (1949), qui décrit les organisations selon la nature de l'engagement des membres, le type d'autorité, le type d'activités effectuées et l'organisation du travail. J'identifie ainsi trois modèles d'organisations que je détaille dans le tableau 2.

Ma catégorisation n'est pas uniquement le reflet de la taille des musées. Certes, le modèle artisanal est souvent présent dans les petites structures, avec des petits espaces d'exposition ou des activités plus réduites, mais le nombre de bénévoles étant variable, celui-ci peut dépasser le nombre d'employé-es des modèles hybrides et professionnalisés.

Je décris ci-après la terminologie des trois modèles d'organisation que j'ai identifiés et montre leur particularité.

Le modèle artisanal

Le fonctionnement d'un musée avec un modèle artisanal est assuré grâce à la motivation intrinsèque de ses membres qui sont des amateurs et amatrices, des bénévoles ou un très petit groupe de personnes salariées. Cette motivation est une force essentielle pour l'organisation, qui n'existerait pas sans elle :

« Sans ces personnes-là, même avec des financements, l'association ne pourrait pas survivre. » (Président, archiviste, 3 mars 2021)

De plus, dans ce modèle, les membres sont polyvalent-es, ils sont multifonctions. Une conservatrice explique, par exemple, qu'ils et elles sont seul-es pour gérer le musée :

« La personne qui travaille, elle est seule, donc elle doit gérer toutes les problématiques. Ça va depuis le nettoyage des vitres à l'éclairage, mon rôle étant aussi le montage d'expositions, ce qui n'est pas forcément le cas de mes deux collègues, il y a aussi la gestion des alarmes antieffraction, les alarmes incendie... » (Conservatrice, 9 février 2021)

Dans le cas de cette conservatrice, les contrats à temps partiel sont échelonnés tout au long de l'année, les membres travaillent rarement ensemble et doivent ainsi assurer de nombreuses tâches.

Tableau 2 : Modèles d'organisations des musées de l'échantillon (double page)

	Modèle d'organisation		
	Artisanal	Hybride	Professionalisé
Engagement principal des membres	Bénévolat; extrêmement dépendant de la motivation des membres ; très peu de recours aux mandats externes	Salariat; bénévolat possible en appui ; recours occasionnel aux mandats externes	Salariat; bénévolat possible en appui; recours fréquent aux mandats externes
Gouvernance	Comité d'une association ou d'une fondation; grandes décisions prises en assemblée générale; petites décisions prises par les membres selon leur statut; très peu de niveaux de hiérarchie	Direction qui prend les grandes décisions, souvent chapeauté par un conseil de fondation; peu de niveaux de hiérarchie	Direction et responsables des secteurs qui prennent les grandes décisions, souvent chapeautés par un conseil de fondation; plusieurs niveaux de hiérarchie
Organisation du travail	Répartition informelle des tâches, basée sur le mérite; grande polyvalence des membres; rôles très peu différenciés; beaucoup d'expérimentation	Domaines séparés selon les compétences ou intérêts; un peu de polyvalence des membres; rôles faiblement différenciés; recours occasionnel à l'expérimentation	Forte séparation des domaines selon les compétences ou expertises; davantage de gestionnaires en charge; pas ou très peu de polyvalence des membres; rôles très différenciés; expérimentation limitée

	Modèle d'organisation		
	Artisanal	Hybride	Professionalisé
Type d'activités	Expositions permanentes et/ou temporaires; gestion et entretien des collections et/ou des lieux; organisation de visites guidées	Expositions permanentes et/ou temporaires; gestion et entretien des collections et/ou des lieux; activités de recherches; organisation de visites guidées, d'ateliers et autres types d'activités avec les publics	Expositions permanentes et/ou temporaires; gestion et entretien des collections et des lieux; activités de recherches; organisation de visites guidées, d'ateliers et autres types d'activités avec les publics
Répartition des musées de l'échantillon selon thématique OFS	2 musées régionaux et locaux, 1 musée des techniques, 2 autres musées	2 musées régionaux et locaux, 1 musée des techniques, 1 musée de sciences naturelles, 2 autres musées	4 musées régionaux et locaux, 3 musées d'art, 1 musée des techniques, 1 musée de sciences naturelles, 1 musée d'archéologie, 1 musée d'ethnographie, 4 autres musées

On y retrouve beaucoup d'expérimentation. Ainsi, ce type d'organisation a souvent recourt au bricolage (Lévi-Strauss, 1989), c'est-à-dire à l'utilisation de ce qu'on a sous la main pour créer quelque chose de nouveau. En effet, ces musées doivent souvent s'adapter à de petits budgets. Ainsi, pour l'une des structures que j'ai rencontrée, la création des expositions repose sur du bénévolat de chercheurs et de chercheuses, qui souhaitent partager leurs travaux avec un public. Ce type de musées est aussi décrit par les interviewé-es comme un « laboratoire » d'expériences, où seuls les comités d'association font autorité. Ce type de musée présente des avantages en termes de dynamisme et de créativité :

« On a un modèle de fonctionnement qui est très amateur avec tout l'avantage et aspects positifs de l'amateur. C'est vrai que c'est pas du tout quelque chose avec des conseils, avec je ne sais combien de personnes qui peuvent faire quelque chose parce que c'est leur métier. Nous on fait ça plus avec le cœur. » (Président, vétérinaire, 28 janvier 2021).

En effet, dans les autres modèles, les membres sont majoritairement des professionnel-les, et le type d'autorité est très différent.

Le modèle hybride

Ce modèle d'organisation est un entre-deux, une hybridation des modèles artisanal et professionnalisé (détaillé ci-après). D'une part, ce type d'organisation repose sur la professionnalisation de ses membres, qui sont majoritairement salarié-es du musée. Les interviewé-es sont engagé-es, souvent à temps partiel, et perçoivent toutes un salaire. D'autre part, bien que les domaines soient séparés en fonction des compétences ou des intérêts de chacun-e, il existe aussi une polyvalence des membres, même si elle reste plus limitée. Par exemple, les personnes en charge du contenu et de la médiation peuvent assurer plusieurs rôles, mais elles ne s'occupent pas de la surveillance et de l'entretien. De

surcroît, c'est souvent une volonté de la part des membres de rester « touche-à-tout » :

« Aujourd'hui je suis principalement dans la réflexion stratégique mais il m'arrive encore d'animer les ateliers, de faire des visites guidées, de mettre la main à la pâte. »
(Directrice de la programmation culturelle et de la collection, 25 janvier 2021)

La création et l'opérationnel sont rarement réalisés par les mêmes personnes dans ce type de musée. Pour des activités de médiation par exemple, le ou la responsable de l'accueil et de l'événementiel s'occupera des aspects logistiques, mais pas du contenu.

De plus, l'autorité se retrouve à deux niveaux : une direction et une fondation. La direction est alors souvent mandatée par la fondation pour exploiter les lieux. Cela influence d'ailleurs l'organisation du musée. Par exemple, une responsable de l'accueil et de l'événementiel m'explique qu'entre 2014 et 2021, il y a eu trois directions consécutives, et « donc forcément trois visions différentes du musée » (13 janvier 21). Cela est encore plus présent dans le modèle professionnalisé où l'institutionnalisation est alors la plus avancée.

Le modèle professionnalisé

Ce modèle d'organisation repose sur la séparation des fonctions de ses membres et la mise en avant de leur expertise. Des gestionnaires veillent à ce que les compétences adéquates soient rassemblées dans l'organisation pour mener à bien les buts poursuivis. Les interviewé-es sont engagé-es, parfois à temps plein, parfois à temps partiel et perçoivent majoritairement un salaire.

Au niveau de l'autorité, ces musées sont chapeautés par des fondations où siègent de nombreux/euses acteurs/rices institutionnel-les, par exemple des représentant-es des villes ou

des cantons. Ainsi, la programmation est souvent planifiée en collaboration entre directions et fondations, sur de longues périodes. De plus, on observe une forte division par secteur dans ce modèle ainsi qu'une hiérarchisation à plusieurs niveaux :

« On a une hiérarchisation qui est assez bien faite dans l'institution, (...) la secrétaire et moi pour l'administration, ensuite j'ai des responsables de secteurs pour chacun des départements que ce soient collections, fouilles, monuments, etc. » (Directeur, 29 janvier 2021)

Par exemple, ce chef d'unité des publics a la charge de trois secteurs différents, la médiation culturelle et scientifique, l'accueil et la bibliothèque et effectue beaucoup de gestion :

« La gestion des équipes, c'est essayer de coordonner le travail des gens. (...). Maintenant on fonctionne en mode projet, c'est quelque chose qu'il faut implémenter donc il faut accompagner les équipes au changement. » (Chef de l'unité public, 22 janvier 2021)

De plus, des systématisations sont souvent nécessaires pour gérer une grande collection et/ou de nombreuses activités. Dans le cas de ce musée, cela permet également de protéger l'organisation :

« On a cherché à automatiser, systématiser, rendre transparent et inattaquable juridiquement le musée et sa collection et ses modes d'acquisition. » (Conservateur en chef, 27 janvier 2021)

Enfin, l'expérimentation est moins présente et prend plutôt forme, par exemple, dans des projets de co-construction, comme l'explique cette responsable :

« On va vraiment partir du besoin des publics, on va travailler en co-construction souvent, c'est-à-dire en réunissant des représentants de différentes communautés, différents groupes. » (Responsable de la médiation culturelle et de l'accueil, 1 janvier 2021)

Pour conclure, quel que soit le modèle d'organisation, les musées interagissent en réseau avec de nombreuses autres structures et personnes. Les associations d'amis-es et les fondations sont notamment des soutiens importants.

Sur la base de cette catégorisation, je montre ensuite comment les musées ont poursuivi leurs activités malgré les lourdes restrictions fédérales et cantonales.

TOUJOURS VIVANTS ET ACTIFS

Depuis la première fermeture en mars 2020, les musées de mon échantillon ne se sont pas arrêtés de travailler. Certes, les mesures de la Confédération et des cantons ont empêché la venue de la majorité des publics pendant de longues périodes. Néanmoins, il y a toujours eu quelque chose à faire :

« Le musée peut travailler sans fin à ses tâches et c'est des tâches qui sont toujours perfectibles. Vous ne faites jamais assez, jamais assez bien et jamais assez. Et même si à un moment donné, vous êtes au top de vos modes opératoires, il ne vous reste plus qu'à augmenter la collection et ça vous pouvez encore le faire. Donc, en fait, nous l'année dernière, on a beaucoup travaillé.»
(Conservateur en chef, modèle professionnalisé, 27 janvier 2021)

Ce conservateur évoque ainsi le travail infini dans les musées, qui ne repose pas seulement sur les visites des publics. Lors de l'entretien, peu de musées avaient établi leurs statistiques de l'année 2020, et il était difficile d'estimer exactement le nombre de visites perdues. Cependant, les publics étaient au rendez-vous lors des périodes de réouverture. De plus, pendant la deuxième et troisième fermetures, il était possible d'accueillir des classes d'écoles. Cela ne s'est cependant que peu produit, car la logistique d'une visite scolaire est compliquée, et les directions des écoles s'inquiétaient des risques de propagation.

Ainsi, en dehors des périodes de réouverture, ce sont généralement les tâches et les projets pour lesquels il n'y avait jamais assez de temps qui ont pu se concrétiser, et ce, quel que soit le modèle d'organisation. Cette continuité des activités a été notamment assurée grâce à la matérialité des lieux, des collections, et autres expositions. Les types de tâches mis en avant dans les entretiens sont notamment le fait de (re)découvrir les objets, refaire les systèmes d'inventaire, faire des travaux, finaliser des publications scientifiques, commencer des podcasts, etc. L'extrait suivant illustre l'importance du type de tâches effectuées :

« On s'est recentré sur les fondamentaux (...) le rangement, l'amélioration de l'inventaire, le nettoyage, la remise en fonction. » (Président, archiviste, modèle artisanal, 3 mars 2021)

Cette crise a donc, d'une part, donné du temps pour faire ce qui n'était pas prioritaire mais qui restait important dans le fonctionnement de l'organisation. D'autre part, elle a permis de réduire la cadence liée à l'opérationnel du musée lorsqu'il accueille des visiteurs et des visiteuses. Une responsable exprimait d'ailleurs ce besoin de pause : « On se dit que sans le confinement on serait allé dans le mur. » (Responsable de la médiation et de l'accueil, modèle professionnalisé, 1 janvier 2021)

Afin d'avoir une vision plus organisationnelle, je résume à présent les différents impacts de la crise au niveau du fonctionnement, de la gestion des membres, des réseaux, des finances et du programme et activités, sur les musées de mon échantillon en fonction de leur modèle d'organisation (tableau 3). Quel que soit leur modèle, les musées ont en effet démontré de véritables capacités d'adaptation et une robustesse organisationnelle. Ce constat fait l'objet de la section suivante.

LA PLURALITÉ DES STRATÉGIES D'ADAPTATION ET D'EXPÉRIMENTATION

Certaines stratégies d'adaptation déjà mises en place pour faire face à des petits de budgets peuvent s'avérer utiles face à cette nouvelle épreuve :

« On va vivre avec très peu. Ce n'est pas la première fois, mais on va vivre, vous voyez. On ne pourra pas faire tout ce qu'on avait imaginé faire, on avait fait toute une projection sur 5 ans, c'est clair que tout ça, ça tombe. On se réadapte (...) ce sera dur mais je n' imagine pas le musée disparaître. » (Conservatrice, modèle artisanal, 9 février 2021)

Les organisations qui étaient déjà dans un processus de transformation se sont également révélées plus solides face à la crise, notamment grâce à un recours au numérique déjà encouragé avant la crise :

« Pour notre musée, ce n'est pas une adaptation à une situation. C'est l'accélération de la mise en place d'une stratégie. Ce n'est pas que je vais redevenir quelque chose qui était la réalité d'avant, c'est qu'on est plutôt devenu ce qu'on devait être. » (Directeur, modèle professionnalisé, 3 février 2021)

Dans le cas d'un autre musée, c'est davantage de transversalités qui a aidé à maintenir une bonne communication :

« Ça nous a vraiment permis d'être en lien, en contact, d'échanger et de continuer le travail habituel et de nous adapter au quotidien vu que c'était oui, non, oui, non, mais peut être quand même, pas du tout, à la folie... » (Responsable marketing et communication, modèle hybride, 2 février 2021)

Tableau 3 : Réponses des musées face aux restrictions selon leur modèle d'organisation (double page)

	Modèle d'organisation pendant la crise (Mars 2020-Mars 2021)		
	Artisanal	Hybride	Professionalisé
Fonctionnement	Peu de télétravail ; rattrape le retard ou reprend des projets laissés de côté ; habitude de s'adapter aux aléas	Télétravail très présent selon les périodes et les tâches ; rattrape le retard ou reprend des projets laissés de côté	Télétravail très présent selon les périodes et les tâches ; rattrape le retard ou reprend des projets laissés de côté ; habitude de gérer des projets complexes
Gestion des membres	Peu de changements ; pas de chômage	Besoin de justifier leur travail ; réduction du taux horaire ou chômage technique parfois nécessaire ; mise en place de tournus	Besoin de justifier leur travail ; plus de réattribution de tâches ; réduction du taux horaire ou chômage technique parfois nécessaire ; mise en place de tournus ; difficultés pour garder le lien avec les membres

Modèle d'organisation pendant la crise (Mars 2020-Mars 2021)			
	Artisanal	Hybride	Professionnalisé
Réseaux	Soutien et informations des réseaux de musées ; difficultés pour les artistes sollicités	Informations des réseaux de musées ; difficultés pour les restaurants et autres acteurs	Informations des réseaux de musées ; beaucoup de prestataires, de partenaires en difficulté ; engagement de mandataires pour la numérisation
Finances	Peu de dépenses ; pas de conséquences importantes durant la période observée	Dépend du statut public ou privé ; besoin des indemnités chômage ; coupes budgétaires à prévoir mais pas durant la période observée	Dépend du statut public ou privé ; besoin des indemnités chômage ; coupes budgétaires à prévoir mais pas durant la période observée
Programme et activités	Peu de bricolage; faible recours au numérique; reports ; annulations ; prolongations ; travail sur la collection ; projets à long-terme en ligne de mire	Plus de bricolage; faible recours au numérique; reports ; annulations ; projets suspendus; prolongations ; travail sur la collection ; projets à long-terme en ligne de mire	Beaucoup plus de bricolage; recours moyen au numérique; reports ; annulations ; projets suspendus; prolongations ; travail sur la collection ; projets à long-terme en ligne de mire

En comparant la robustesse des modèles, je remarque que les musées du modèle artisanal sont moins impactés en termes de gestion de leurs membres. En effet, ils doivent assurer tout au plus un ou deux salaires, le reste des membres étant bénévoles. De plus, un seul musée avec un modèle artisanal a changé sa manière de travailler pendant la pandémie, allant vers plus de systématisation dans leur fonctionnement.

Pour les musées du modèle hybride, cela dépend également de leur statut public ou privé. Ainsi, les démarches administratives pour bénéficier de compensations salariales ont ajouté un travail supplémentaire important. En général, les administrateurs/rices et les gestionnaires des modèles hybrides et professionnalisés ont le mieux anticipé la crise et les mesures à prendre pour faciliter le travail à distance. On retrouve cela fortement dans les musées du modèle professionnalisé, qui expliquent leur adaptation par leur professionnalisme et leur expertise :

« Mon métier c'est de devoir gérer une institution culturelle, donc vous ne pouvez pas gérer si vous n'anticipez pas (...) ça fait partie de mon travail. »
(Directeur, 28 janvier 2021)

Durant les phases de fermeture, peu de projets « classiques » ont émergé. Il y avait pourtant une volonté d'offrir quelque chose aux publics, en ligne ou dans les classes d'écoles, mais aussi de pouvoir justifier les salaires des membres.

Les activités mises en place relevaient davantage de solutions de secours et d'expérimentation. Ainsi, plutôt qu'une forme d'innovation comme une autre, j'associe ces pratiques des musées durant la pandémie au concept lévi-straussien de « bricolage ». Les exemples les plus évoqués sont les visites virtuelles sur Zoom et les capsules vidéo sur les sites internet des musées ou sur la plateforme YouTube. Les membres des musées, smartphone à la main, ont improvisé pour créer de nouveaux contenus accessibles à distance.

Étonnamment, les musées avec un modèle artisanal, décrits auparavant comme plus flexibles sur l'expérimentation, ont eu peu recours aux solutions bricolées. En effet, ce sont les musées du modèle professionnalisé qui ont le plus changé leur manière de collaborer et ont autorisé plus de multifonctions pour leurs membres. Ayant davantage recours au bricolage, ils acceptent d'avoir des résultats moins « parfaits » qu'en temps normal.

Une autre stratégie a reposé sur la numérisation, utilisée notamment pour la communication, les systèmes d'archivage et les procédures administratives. Cela a été crucial pour le transfert en télétravail. Ainsi, sans surprise, les musées qui avaient déjà une infrastructure numérique développée se sont adaptés plus facilement :

« On a eu une certaine chance. On avait déjà mis en place du télétravail avant. Ce qui fait que quand la crise est arrivée, on était opérationnel. On était paré. En tout cas dans les bureaux, on a pratiquement tous un accès serveur à domicile donc on peut très facilement travailler. »
(Directrice de la programmation culturelle et de la collection, modèle professionnalisé, 25 janvier 2021)

En revanche, pour la diffusion de contenu – telles que des expositions – auprès des publics, la numérisation doit encore faire ses preuves. D'une part, de nombreux musées, surtout de modèles artisanal et hybride, ont peu de compétences dans ce domaine et doivent avoir recours à des prestataires externes, moyennant des coûts qu'ils ne peuvent assumer. Ainsi cette conservatrice réagit : « On ne peut pas se permettre des folies et c'est là que la technique nous échappe. Et on n'a pas les moyens. » (Conservatrice, modèle artisanal, 9 février 2021)

D'autre part, les représentant-es des musées, majoritairement de modèle professionnalisé, qui ont réussi à mettre en place des solutions numériques pour garder un lien avec les publics restent dubitatifs :

« On a proposé des offres en ligne, là aussi c'était pour donner du travail à nos guides. (...). Cela dit, moi je

continue de croire en l'objet tridimensionnel physique. C'est quand même ça qui provoque une émotion. Il y a plein de très bonnes offres via les écrans mais quand vous êtes face à l'objet il se passe autre chose et je pense que ça c'est le grand potentiel des musées et ce qu'on continue de faire valoir. » (Directrice, modèle professionnalisé, 28 janvier 2021)

J'ai également découvert un questionnaire sur la pertinence de cette surproduction de contenu en ligne début mars 2020, où beaucoup de musées ont partagé une grande quantité d'informations. Ainsi certains musées ont décidé de faire un relais de ces contenus sur leur site web plutôt que de créer le leur :

« J'ai l'impression que beaucoup de musées ont voulu occuper le terrain pour occuper le terrain sans réfléchir à la pertinence. Donc je me suis dit, je préfère... et on n'a pas développé, mais je me suis dit, si je dois développer quelque chose, c'est peut-être développer un site de ressources, où on dit : « Vous avez un enfant de 2-5 ans ? Le Musée du Louvre propose ça ; Vous avez des adolescents ? Rendez-vous sur la page du musée [anonymisé] ». » (Chef de l'unité public, modèle professionnalisé, 22 janvier 2021)

En résumé, même si les stratégies utilisant le numérique ont fonctionné durant cette crise, la plupart des interviewé-es rappelle l'essentialité des visites et des objets physiques :

« Moi ce qui m'intéresse c'est que les gens viennent au musée. (...). On ne va jamais mettre une visite virtuelle parce que pour moi c'est absurde. » (Directeur, modèle professionnalisé, 28 janvier 2021)

Cette ambivalence entre la tendance à numériser davantage et la tenue de ce discours est particulièrement intéressante, car même l'AMS encourage fortement les musées à diffuser du contenu numérique. Elle suggère de mettre les collections en ligne, de rester en contact avec le public par des activités comme les visites virtuelles (AMS 2021a). Je m'interroge donc sur les motivations de

ces changements que ces organisations continuent de mettre en place.

Enfin, une autre stratégie est de planifier et de continuer à travailler pour l'après-crise. Ce sont ainsi des projets lointains qui aident à garder un cap, comme l'explique ce directeur qui travaille sur un projet ambitieux de nouveau musée pour 2028 :

« Moi je table sur un retour à la normale au courant du printemps, on verra si on a raison ou pas (...) le public reviendra, les gens nous demandent. » (Directeur, modèle professionnalisé, 29 janvier 2021)

J'ai également l'exemple de cette organisation qui, à long terme, aimerait aussi avoir un plus grand musée, et qui se sent désormais plus proche de ce but grâce à ce temps d'avancement dans leurs projets permis par la crise :

« La fondation en particulier a cherché à aller vers la construction d'un grand musée (...) ce projet-là semblait très distant pour tous les membres, alors que là on est maintenant sur des objectifs plus concrets à plus court-terme dans lesquels les gens peuvent se projeter. » (Président, archiviste, modèle artisanal, 3 mars 2021)

À noter que ces stratégies d'adaptation ont également été permises grâce à la mobilisation de l'AMS. À ce jour, elle a établi 12 versions de plans de protection à destination des musées en réponse aux mesures évolutives de la Confédération suisse. Elle a proposé des sessions de Questions-Réponses sur Zoom, lors desquelles les thèmes les plus fréquents concernaient la gestion des employé-es, la question des objets à toucher dans les expositions, les règles de distanciation, les visites guidées et les plans de protection. De plus, l'AMS a adressé plusieurs courriers et communiqués de presse aux autorités. Elle demande notamment une communication claire pour les institutions culturelles, et davantage de soutien financier (AMS 2021b).

Enfin, au-delà des stratégies et des tâches à remplir, l'essentiel à préserver durant cette crise, selon la majorité des participant-es,

était les membres des équipes. Toutefois, les périodes de fermeture des musées ont indéniablement affecté de différentes manières les multiples professions au sein des musées, laissant certaines professions au chômage technique et à la marge de la continuité des activités.

LA COLLABORATION FRAGILISÉE

Les musées de mon échantillon n'ont pas rapporté de licenciement dû à la crise sanitaire, mais certains ont eu recours au chômage technique. C'est surtout dans les modèles hybride et professionnalisé, où les départements sont distincts et où la création est souvent séparée de l'opérationnel, que cette situation est la plus marquée. Ainsi, bien que les équipes soient considérées essentielles, les situations de chômage technique et de télétravail ont isolé et démotivé certain-es membres.

Une responsable expliquait qu'elle avait très peu de choses à déléguer à son équipe et que cela devenait difficile pour ses membres. Elle concluait en disant : « On ne peut pas leur en vouloir d'être moins actifs. » (responsable de l'accueil et de l'événementiel, modèle hybride, 13 janvier 2021) Une autre personne (conservatrice, modèle hybride, 22 février 2021) explique que, dans son musée, ce sont les personnes avec les contrats les plus précaires chez qui elle a constaté une moindre motivation et implication. Les personnes en charge de la partie opérationnelle s'occupant du musée au quotidien, tant dans les relations avec le public qu'au niveau de la maintenance, « toutes ces personnes-là ont effectivement été au chômage technique » (conservatrice en cheffe, modèle professionnalisé, 17 février 2021). Ce dernier constat est essentiellement présent dans les musées privés. Cependant, même dans les musées publics, la perte de liens au sein des équipes du musée est réelle :

« Depuis un an il n'y a pas de rencontres, de dîners, de fêtes de Noël. Il n'y a aucun événement de sociabilité. Vous pouvez faire un apéro zoom, c'est gentil mais ce

n'est pas forcément la même chose. Donc ça, c'est ce qui me complique la tâche parce que dès lors que je ne peux pas ressentir l'état ou la condition des équipes ou des individus, c'est très difficile de les orienter, de les soutenir et de les pousser. Mon travail c'est avant tout de faire avancer les choses, mais il n'y a rien de plus dangereux que de mettre la pression, de pousser ou d'orienter là où il n'y a pas la même compréhension des objectifs ou bien où il y a un ressentiment, de la peur ou de l'angoisse. Du point de vue de la gestion des personnes c'est très difficile. » (Directeur, modèle professionnalisé, 14 janvier 2021)

Ainsi l'isolation et la démotivation de certain-es membres présentes lors des périodes de fermetures seraient un nouveau défi pour les organisations, qui n'ont pas pu continuer à proposer des activités sociales pour toutes leurs équipes, fragilisant alors leur collaboration. L'AMS, consciente de ces problématiques, a rappelé lors de sa vidéoconférence du 28 mai 2020, l'obligation des musées de soutenir leurs employé-es et surtout celles et ceux qui travaillent sur appel ou avec d'autres contrats précaires. La plupart des musées de mon échantillon ont, en effet, réussi à garantir les salaires et les contrats en cours de leurs employé-es, notamment grâce aux aides fédérales et cantonales. Un directeur explique cette priorité : « J'ai tracé un cercle autour des ressources humaines et autour du contenu, mais tout le reste (...) toutes ces choses-là on a dû optimiser » (directeur, modèle professionnalisé, 3 février 2021) – optimiser signifiant ici, couper dans d'autres dépenses pour payer les salaires. Cependant, les contrats sur appel n'ont pas tous été indemnisés et pour certain-es membres, malgré l'indemnisation financière, c'est l'absence d'activité due au chômage technique qui a, de toute manière, altéré leur motivation.

De plus, de nombreux/euses interviewé-es ont insisté sur le fait que ce sont les autres acteurs/rices autour d'elles et d'eux qui souffraient davantage de la crise. Comparés aux personnels permanents des musées, les restaurateurs et restauratrices, les artistes et d'autres partenaires du réseau muséal ont une expérience beaucoup plus difficile comme le montrent ces extraits :

« La situation dépasse le musée. Nous finalement, d'une certaine manière, on a une sécurité de l'emploi. (...). Pour moi les conséquences les plus graves ça va être notre rôle dans un paysage artistique et culturel qui risque d'être en situation difficile. » (Chef de l'unité public, modèle professionnalisé, 22 janvier 2021)

« Mon inquiétude c'est tout le secteur de la médiation culturelle parce que ces gens-là risquent peut-être de décrocher. Ce sont des statuts précarisés. » (Directrice, modèle professionnalisé, 28 janvier 2021)

Ces éléments, qui exposent les faiblesses de ce système en silos, s'ajoutent aux questionnements qui étaient déjà présents dans les organisations muséales :

« C'est une leçon de morale dans la gestion des risques capitalistes. Quelle attitude raisonnable trouver dans la gestion des choses, même d'un musée comme [anonymisé]. Est-ce qu'il doit cavalier à sa croissance permanente, à l'augmentation de son échelle salariale, à l'augmentation de sa masse d'employés, ou est-ce que, au contraire, il doit être dans une forme de raisonnable ? » (Conservateur en chef, modèle professionnalisé, 27 janvier 2021)

COMMENT FAIRE DE « L'APRÈS » AVEC DE « L'AVANT » : DES STRATÉGIES D'ADAPTATION POUR SURVIVRE

En première partie de mes résultats, je propose une nouvelle catégorisation des musées pertinente pour le contexte suisse ainsi que pour l'analyse des impacts sur les organisations en crise. En deuxième partie, je montre comment les musées continuent leurs activités malgré les restrictions fédérales et cantonales grâce à leurs stratégies d'adaptation qui prouvent qu'ils sont toujours bien vivants et actifs, même durant les fermetures. Enfin en troisième partie, je montre que la collaboration au sein des équipes a pu être fragilisée par la crise.

Ma nouvelle catégorisation reposant sur les modèles d'organisation artisanal, hybride ou professionnalisé, complète les travaux de Zolberg (1983) et Audier (1994). Cette catégorisation se distingue de leurs descriptions historiques influencées par l'arrivée de la bureaucratisation. En effet, ces trois modèles coexistent avec des niveaux de bureaucratisation différents.

Au niveau de la culture de travail des organisations muséales, elle révèle une succession de projets pour lesquels le temps manque. Ce fonctionnement par projet, que l'on retrouve dans l'analyse de Ballé et Poulot (2020), représente pour Janes (2009), une accumulation de défis que les musées s'imposent, influencés par la marchandisation de la culture comme produit de consommation. Ces projets sur le court- et le long-terme influencent ainsi la stabilité des organisations muséales. Cet équilibre, gage d'autonomie (Ansell, et al. 2015), est bousculé par la crise sanitaire, et les projets événementiels du court-terme souffrent de l'absence des visiteurs et visiteuses.

Au début de cette étude, je pensais que la crise remettrait en question les missions des musées. Or, cela n'a pas été le cas. Les musées ont mis en place des stratégies qui leur ont permis de s'adapter face à leur environnement en crise, tout en restant les mêmes. Cette manière de préserver ce qui est important et de rester en accord avec leurs principes et leurs valeurs, tout en se transformant, fait écho aux travaux d'Ansell et al. (2015). Les organisations muséales avaient déjà des stratégies préexistantes pour faire face aux changements. Par exemple, la stratégie de l'expérimentation (Ansell et al., 2015), qui implique de s'autorenouveler, de trouver de meilleures manières d'accomplir ses missions et d'accepter les échecs, correspond aux pratiques des musées qui expérimentent beaucoup et certains encore plus pendant la crise. De plus, certaines compétences ont été mises de côté, sacrifiées, afin de préserver le « caractère » de l'institution. Ainsi, la maîtrise des visites s'est vue substituée par des formats numériques permettant d'assurer un lien avec les publics, mais pour lesquels il n'y avait parfois ni les compétences en interne, ni l'argent nécessaires pour garantir un résultat professionnel. Cette

flexibilité organisationnelle (Ballé et Poulot, 2020) permet aux musées de continuellement réévaluer leurs priorités, leurs stratégies, leurs structures et leurs capacités, afin de rester pertinents dans leur environnement. Ainsi, très peu de musées échouent ou disparaissent pour des causes organisationnelles (Janes, 2009). Cet enjeu de survie propre aux organisations « organiques » (Morgan, 1989) prend tout son sens dans mon étude où la matérialité des musées leur garantit une forme d'activité. En d'autres termes, les musées réussissent à faire de « l'après » avec de « l'avant » (Bourrier 2003).

La collaboration fragilisée par la crise fait, quant à elle, écho aux constats de Camarero et al. (2019) et Audier (1994) sur les problèmes de gestion interne du personnel et le morcellement des secteurs d'activités. Certes, les organisations muséales vont survivre, mais qu'en est-il des contrats précaires, des auxiliaires, des personnes sur appel, des artistes, des monteuses et monteurs, etc., faisant partie de leur réseau ? Les organisations muséales en réseaux (Ballé & Poulot, 2020) révèlent une dépendance entre les différent-es acteurs/rices. Sans les visiteurs/euses sur place, sans les partenaires ou les prestataires de service doté-es de leurs compétences spécifiques, le cœur des musées peut survivre temporairement en se concentrant sur d'autres tâches, ou en ayant recours aux solutions de secours, mais il est coupé des autres acteurs/rices qui enrichissent ses activités. Cette crise met également en lumière un besoin d'interactions qui donne du sens à ses actions : « Une exposition qui n'a pas été vue, n'a pas vécue. » (Directrice, modèle professionnalisé, janvier 2021)

De plus, la numérisation qui permettrait de garder une interaction en ligne ne semble pas rallier tou-tes les membres des organisations muséales. Peacock (2008) décrit notamment ce ressenti face au numérique comme une pression extérieure à laquelle les membres peuvent résister. Pourtant, la transition numérique est très soutenue et encouragée. Par exemple, le « Message culture » 2016-2020 de la Confédération met particulièrement l'accent et annonce l'investissement de fonds pour la numérisation du secteur culturel (OFC, 2021). Même si de

nombreux musées ont été très actifs sur les réseaux sociaux au début de la pandémie (Agostino, Arnaboldi, et Lampis 2020), il est important de questionner la durée de cette situation. Au-delà des implications juridiques (Kuzelewska et Tomaszuk 2020), le droit à la culture (UNESCO 1982) est-il le même s'il est seulement assuré via la numérisation ? Si oui, pourquoi financer tous ces espaces physiques d'accueil des publics ?

Les musées doivent alors se positionner politiquement. Ils peuvent réaffirmer leur caractère essentiel à la société, et dépasser l'image d'un loisir de classe. Les manifestations du mouvement « No culture, no Future » (figure 4) défendent ainsi les lieux et pratiques de la culture mis à mal par les mesures restrictives de la crise sanitaire, parce que la culture qu'ils défendent ce n'est pas uniquement le ski.

Figure 4 : Le mouvement No culture, no future



Source : Photo Sylvain Chabloz, Manifestation des professionnels de la culture à Lausanne, 13 février 2021

CONCLUSION : LES MUSÉES, ORGANES VIVANTS DES SOCIÉTÉS

Les musées romands se sont montrés robustes face à une nouvelle crise sans précédent. Ces organisations, même sous différents modèles, ont continué à remplir leurs missions, se concentrant sur les autres aspects du musée parfois laissés de côté. Elles ont déployé des stratégies d'adaptation et d'expérimentation leur permettant de survivre. En revanche, la collaboration interne des musées fonctionnant selon des modèles hybrides ou professionnalisés a été davantage fragilisée par le télétravail et le chômage technique, même si les salaires et les contrats ont été assurés. De plus, selon l'enquête internationale du Conseil international des musées (2020), les professionnel·les indépendant·es et freelances des musées sont face à une situation alarmante : chômage partiel, non-renouvellement de contrats, non-versement de salaire et réduction des effectifs. Il serait ainsi pertinent d'avoir davantage de données quantitatives sur la situation de ces membres du réseau externe des organisations muséales suisses.

De plus, le secteur muséal organise régulièrement des conférences entre professionnel·les afin de partager les best practices. Les thématiques couvrent notamment l'amélioration des activités de recherche, des propositions et expositions pour les publics, et des réflexions sur les collections. Ainsi, des échanges portant spécifiquement sur leurs organisations internes et en réseaux pourraient promouvoir des manières d'améliorer la collaboration entre les différent·es membres de l'organisation, surtout après les effets de la crise.

Enfin, les musées feront face à d'autres crises. Qu'elles soient financières, sociales ou climatiques, certains transforment déjà leurs pratiques et leurs activités vers plus de durabilité (« Museums For Future – Culture in Support of Climate Action » 2020). Plusieurs musées de mon échantillon s'inscrivent déjà dans cette logique de transformation qui, jusqu'ici, a démontré son efficacité, offrant un véritable espoir pour l'avenir du monde muséal.

BIBLIOGRAPHIE

- Agostino, Deborah, Michela Arnaboldi, Lampis Antonio (2020). « Italian state museums during the COVID-19 crisis: from onsite closure to online openness. » *Museum Management and Curatorship* 35 (4): 362-72.
- Ansell, Chris, Arien Boin et Moshe Farjoun (2015). « Dynamic Conservatism: How Institutions Change to Remain the Same », dans Kraatz, Matthew S (éd.). *Institutions and Ideals: Philip Selznick's Legacy for Organizational Studies (Research in the Study of Organizations, Vol. 44)*. Bingley, UK: Emerald Group, p. 89-119.
- Audier, Florence (1994). « Emploi, statuts, organisation du travail dans la modernisation des musées en France. » *Culture et Musées* 6(1): 33-52.
- Ballé, Catherine (2003). « Musées, changement et organisation. » *Culture & Musées* 2(1): 17-33.
- Ballé, Catherine et Dominique Poulot (2020). *Musées en Europe : traditions, mutations et enjeux*. Paris : Documentation Française.
- Schulmann, Fanny, Pierre Bourdieu et Alain Dardel (1967). « L'amour de l'art. Les musées et leur public. » *Revue française de sociologie* 8(2): 259.
- Bourrier, Mathilde (2003). « Facteurs organisationnels: du neuf avec du vieux. » *Annales des Mines*: 19-22.
- Camarero, Carmen, María-José Garrido, Eva Vicente et al. (2019). « Relationship marketing in museums: influence of managers and mode of governance. » *Public Management Review* 21(10): 1369-96.
- Deterding, Nicole et Mary Waters (2021). « Flexible Coding of In-Depth Interviews: A Twenty-First-Century Approach. » *Sociological Methods & Research* 50(2): 708-39.
- DiMaggio, Paul (1982). « Cultural entrepreneurship in nineteenth-century Boston: The creation of an organizational base for high culture in America. » *Media, Culture & Society* 4(1), pp.33-50.
- Eisenbeis Manfred (1972). « Elements for a sociology of museums. » *Museum International* 24(2): 110-17.
- Frey, Bruno et Stephan Meier (2006). « The Economics of Museums », dans Ginsburgh, Victor A and David Throsby (eds.). *Handbook of the Economics of Art and Culture*. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier, p.1017-1047.
- Gombault, Anne (2003). « La nouvelle identité organisationnelle des musées. » *Revue française de gestion* 1(142): 189-203.

Hénaut, Léonie (2011). « Capacités d'observation et dynamique des groupes professionnels : La conservation des œuvres de musées. » *Revue française de sociologie* 52(1) : 71-101.

Jonsen, Karsten et Karen Jehn (2009). « Using triangulation to validate themes in qualitative studies. » *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal* 4(2) : 123-50.

Kuźelewska, Elżbieta et Mariusz Tomaszuk (2020). « European Human Rights Dimension of the Online Access to Cultural Heritage in Times of the COVID-19 Outbreak. » *International Journal for the Semiotics of Law - Revue Internationale de Sémiotique Juridique* 1-13.

Le Marec, Joëlle (2009). *Publics et musées : la confiance éprouvée*. Paris : L'Harmattan.

Lehalle, Évelyne (1993). *Musées et visiteurs un observatoire permanent des publics*. Paris : Direction des musées de France.

Lévi-Strauss, Claude (1989). *The Savage Mind*. 5th impression. London: Weidenfeld & Nicolson.

Morgan, Gareth (1989). *Images de l'organisation*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Octobre, Sylvie (2001). « Construction et conflits de la légitimité professionnelle : qualification et compétence des conservateurs de musée » *Sociologie du travail* 43(1): 91-109.

Peacock, Darren (2008). « Making Ways for Change: Museums, Disruptive Technologies and Organisational Change. » *Museum Management and Curatorship* 23 (4) : 333-51.

Peyrin, Aurélie (2007). « Les usages sociaux des emplois précaires dans les institutions culturelles. » *Sociétés contemporaines* (3): 7-25.

Salguero, Brenda. (2020) « Defining the Museum: Struggling with a New Identity. » *Curator: The Museum Journal* 63(4): 591-596.

Schuster, Mark (1998). « Neither Public Nor Private: The Hybridization of Museums. » *Journal of Cultural Economics* 22(2/3): 127-150.

Sepulveda Koptcke, Luciana (2010). « Les musées, leurs publics et les dynamiques sociales: l'approche de l'observatoire des musées et centres culturels. » *Culture & musées* 16(1) : 184-193.

Téboul, René et Luc Champarnaud (1998). *Le public des musées analyse socio-économique de la demande muséale*. Paris : L'Harmattan.

Tobelem, Jean-Michel (2010). « Les grands musées acteurs des relations internationales ? » *Questions internationales* 42: 30-36.

Weber, Max (1949). *The Methodology of the Social Sciences*. New York: Free Press.

Zolberg, Vera (1983). « Le musée d'art américain : des optiques contradictoires. » *Sociologie du travail* 25(4): 446-58.

SOURCES

Association des musées suisses (AMS) 2020, Statistiques des musées suisses : <https://www.museums.ch/fr/service-fr/ams/>

Conseil international des musées (ICOM) (2020), Musées, professionnels des musées et COVID-19 : <https://icom.museum/wp-content/uploads/2020/05/Rapport-mus%C3%A9es-et-COVID-19-1.pdf>.

Conseil international des musées (ICOM), Définition du musée : <https://icom.museum/fr/ressources/normes-et-lignes-directrices/definition-du-musee/>

Museums For Future (2020), Culture in Support of Climate Action : <https://museumsforfuture.org>

Office fédéral de la culture (OFC) (2020) : <https://www.bak.admin.ch/bak/fr/home/themes/le-message-culture.html>

Office fédéral de la culture (OFC) (2021), Le message culture 2021 : <https://www.bak.admin.ch/bak/fr/home/themen/kulturbotschaft.html>

Office fédéral de la statistique (OFS) (2021), Musées : structure et financement : [bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.17024469.html](https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.17024469.html).

Museums (2021), Plan de protection et communiqués de presse, <https://www.museums.ch/fr/covid-19/plan-protection/>

Museums, musée numérique : <https://www.museums.ch/fr/covid-19/mus%C3%A9e-num%C3%A9rique.html>

UNESCO (1982), Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles ». Présenté à Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, août 26.

CONCLUSIONS SI PROVISOIRES

Michael Deml et Mathilde Bourrier

Nous avons du mal à conclure ce Sociograph multifacettes et en forme de patchwork, car l'histoire du Covid-19 n'est pas encore terminée et les leçons que nous allons en tirer commencent seulement à prendre forme. Cette crise relève d'un phénomène mondial qui nous a amenés à collectivement nous poser des questions fondamentales et existentielles. En effet, dans un article intitulé « Why We Can't Turn the Corner on Covid », paru le 6 septembre 2021 dans POLITICO, la journaliste santé Joanne Kenen explique qu'il n'y aura pas de fin facile à cette pandémie :

« Il n'y aura pas de tournant rapide et clair devant nous pour la pandémie Covid-19, pas de « X » pour marquer sur le calendrier que le pire est derrière nous et que nous pouvons être confiant-es que dans l'avenir, il y aura moins de cas, moins de morts, moins d'hôpitaux débordés poussés à bout dangereusement⁵². » (Notre traduction)

Ce pronostic sur la pandémie est loin d'être rassurant. *Covid-19 is here to stay*. Nous allons devoir apprendre à vivre avec et à faire autrement.

Malgré ce constat qui peut paraître sombre dans un contexte où l'aspiration première est celle d'un retour au monde d'avant Covid-19, ce Sociograph a mis en lumière, par le biais d'études de cas variées dans les domaines de la communication, des soins et de l'organisation, la capacité humaine et sociale à se réinventer et à innover face à des défis inédits qui risquent de perdurer. Dans cette conclusion, nous passons en revue les évidences fournies par

52 <https://www.politico.com/news/magazine/2021/09/06/why-we-cant-turn-the-corner-on-covid-509349> (consulté le 27/9/ 2021)

les chapitres qui documentent les découvertes fortuites de cette pandémie, et ce, dans un processus visant à déconstruire ce qu'est « l'essentiel » et à aller au-delà des discours pessimistes qui ont dominé, peut-être à juste titre, la narration de la pandémie Covid-19 jusqu'à présent.

En septembre 2021, une année après le début officiel du projet de l'atelier de recherche, objet des chapitres précédents, nous vivons dans un monde différent de celui dans lequel ce projet a commencé. L'Afrique du Sud, d'où Mike écrit ce chapitre, voit se mettre en place les débuts du programme de vaccination Covid-19. La Suisse, où Mathilde débute une nouvelle année académique à l'Université de Genève, se voit confrontée aux nouvelles questions liées à l'obligation du certificat Covid dans les halls et les salles de classe universitaires. L'arrivée du certificat en Suisse connaît, comme pour beaucoup de changements sociaux, des résistances, avec, par exemple, une manifestation de plus de 2'000 personnes contre le certificat Covid à Lausanne, le 21 septembre 2021 (figure 1). Ces manifestations ne sont pas uniques à la Suisse ; en France et en Allemagne, les mêmes résistances s'organisent.

Figure 1 : Manifestation contre le certificat Covid-19, le 21 septembre 2021



Source : RTS (consulté le 27/9/2021)

REPENSER L'ESSENTIEL À L'ÈRE DU COVID-19

L'intérêt principal de cette collection de chapitres tourne autour de « l'essentiel ». Qu'est-ce que l'essentiel ? Cette question nous a préoccupé-es, non seulement en tant que chercheurs et chercheuses mais en tant qu'êtres humains qui devons apprendre à vivre dans un monde où le Covid-19 ne disparaît pas, malgré les efforts visant à limiter sa propagation. Nous avons essayé d'encadrer les travaux de futur-es sociologues, en les faisant travailler sur un sujet que nous ne maîtrisions pas, car sa constante évolution ne nous accordait pas le temps de le saisir. Dans le guidage des étudiant-es dans ce processus, nous avons fait de notre mieux, et ce n'est jamais assez. Mais « l'essentiel » pour nous était également de reconnaître les difficultés sociales, psychiques, spatiales, familiales – bref, de la vie – pendant cette période particulièrement éprouvante. Ces difficultés, les étudiant-es les ont rencontrées. Nous aussi. Mais nous les avons surmontées.

Pour nous, « l'essentiel » était de trouver des clés de résilience face à des montagnes d'incertitude. Cette résilience, nous l'avons trouvée et bâtie à plusieurs reprises en escaladant ces montagnes dont la production de ce Sociograph est la manifestation la plus tangible.

LEÇONS APPRISSES

Nous résumons ici les principaux points des chapitres précédents sous l'angle de la résilience, de l'innovation et des découvertes fortuites de la pandémie, ce qui permet de consolider les bases de futures réflexions qui ne manqueront pas de se faire jour dans les mois et années à venir.

Le chapitre de Claudine Kroepfli a permis de s'interroger sur la manière de communiquer dans un contexte d'incertitude radicale. Quand peu d'éléments sont disponibles et que les autorités médicales avancent pas à pas sur des bases encore fragiles, comment la communication de risque et de crise des

gouvernements de cinq pays s'est-elle déployée ? La force des résultats – basés sur une analyse des communiqués de presse à deux moments clefs de la pandémie (l'apparition du virus en Chine et les premiers cas et l'apparition de variant Alpha) – est de souligner que dans un contexte similaire à tous les pays du monde face à ce virus et en particulier pour la Norvège, la Suède, la Grande-Bretagne, la Suisse et l'Allemagne, les choix qui sont faits sont différents. L'Allemagne a choisi de communiquer au minimum, la Suède et la Norvège ont opté pour une communication très informative, la Suisse et la Grande-Bretagne ont développé un modèle de communication plus persuasif. Indéniablement, des différences sont observées dans les façons de faire et de traiter les éléments disponibles et d'en faire part à la population. Ce travail invite d'abord à poursuivre les enquêtes pour mieux comprendre le monde des communicant-es politiques et sanitaires et leurs cadres d'analyse, adossés aux inévitables réflexions sur les liens entre expert-es et autorités politiques. Ce chapitre invite aussi à opérer un retour sur les nombreux publics ayant reçu cette communication et sur les réels effets que cette dernière aura réussi à imprimer dans le quotidien des populations.

Le chapitre de Kamyar Kompani traite d'un phénomène relativement nouveau encore – même s'il était déjà apparu au moment de A (H1N1) – à savoir l'utilisation des médias sociaux par les autorités sanitaires pour toucher un public plus jeune. Sans grande surprise, le chapitre prend acte de l'augmentation spectaculaire du nombre d'abonné-es aux comptes Facebook, Twitter et Instagram des grands comptes des autorités sanitaires des deux pays étudiés et comparés : la Suisse et la Grande-Bretagne. Les médias sociaux permettent de segmenter la communication de risque et de crise et de s'adresser de façon beaucoup plus ciblée à des publics particuliers. Principalement du côté britannique, on voit poindre une communication plus riche qui déborde du cadre strict de la prévention et de l'information. L'utilisation des réseaux sociaux a permis à une communication de soutien empathique d'émerger, et ce, à grande échelle.

La brève chronique d'Alexandrine Dupras depuis la Jordanie offre une occasion unique de s'interroger sur le caractère mondial de la pandémie. Ce texte souligne bien que ce tangage entre ouverture et fermeture a été le lot de la majorité des pays développés comme moins développés : si différents à de nombreux égards et souvent si semblables dans la lutte contre la pandémie de Covid-19. Les pays riches des Nords n'ont guère fait mieux en termes de contrôle de l'infection, et pourtant ils ont adopté des mesures de coercition très similaires parfois à celles adoptées dans des pays dont on questionne souvent l'adhésion aux valeurs démocratiques. Des remises en cause s'imposent dans notre lecture comparative des systèmes de santé et des mesures pour lutter contre les épidémies.

Le chapitre de Michael J. Deml et Katharina T. Jungo sert à proposer une brève revue de la littérature sur le concept de « continuité des soins » et à décrire les conditions dans lesquelles ce projet et les chapitres qui en ont découlé sont nés. Les auteur-es se focalisent notamment sur les paradoxes auxquels les patient-es à risque et leurs médecins généralistes ont été confronté-es dans un contexte où les messages venant des autorités sanitaires, du type « Restez à la maison », contredisent les besoins des patient-es les plus à risque qui doivent quitter la maison pour une prise en charge médicale. Ce chapitre pose les jalons conceptuels pour encadrer les travaux de Margaux Dubois et de Fantine Gicquel.

Margaux Dubois revisite dans son texte une très ancienne question de sciences sociales, à savoir la place qu'occupent les logiques de stigmatisation et de mise à l'écart de groupes labellisés comme à risque de contracter ou de propager la maladie dans la gestion des épidémies. Le chapitre revient sur les logiques sociales à l'œuvre derrière le label à risque et sur la manière dont une telle étiquette a été reçue par les personnes à risque de faire une forme grave de la maladie. Le virus SARS-CoV-2 met tout spécialement en danger les personnes les plus âgées, les malades chroniques du diabète, de l'hypertension, de l'asthme, de l'obésité. C'est à la fois toute une classe d'âge, nombreuse dans un pays vieillissant comme la Suisse, qui est touchée et potentiellement reléguée par mesure

de protection. Ce sont aussi les malades chroniques, très nombreux dans les pays riches, qui sont également touchés, et à risque de ruptures dans leurs parcours de soin (voir Deml et Jungo, dans ce volume).

Le chapitre de Fantine Gicquel nous fait pénétrer au cœur des relations contrariées par la distance entre patient-es et médecins. Au risque de la rupture de la continuité des soins, patientèles comme médecins ont trouvé de nouvelles manières de se rencontrer et de communiquer. L'auteure montre combien dans un contexte d'incertitude forte, les médecins de ville deviennent des pourvoyeur/euses d'informations concrètes, essentielles à la poursuite de la vie quotidienne. Les médecins de premier recours sont ainsi indispensables à la diffusion des messages de santé publique. Pour autant, ils et elles n'en sont pas les rouages explicites. Ils ont dû inventer un rôle d'interface insuffisamment prévu et valorisé dans les plans pandémie. Un point qui avait pourtant déjà été souligné lors de l'épidémie A (H1N1).

Le travail de Kate de Rivero est basé sur des entretiens et des observations réalisées à la fin de l'année 2020 et au début de 2021, sur place, dans un EMS genevois. Ce chapitre aide à comprendre comment et pourquoi la lame de fond qui a déferlé sur les Établissements medico-sociaux (EMS) en Suisse, comme dans toute l'Europe, a pu être si dévastatrice. Il aide à comprendre comment des personnels qui ont chevillé au corps la défense de l'autonomie de leurs pensionnaires très âgé-es et fragiles se sont retrouvés à devoir les protéger de la contamination aux dépens de leur bien être psychologique. Ces décisions prises dans l'urgence, qui se sont maintenues dans la durée, laisseront des traces au sein des équipes, toutes catégories confondues. La situation dans laquelle se sont retrouvés les EMS durant cette pandémie a révélé une nouvelle fois, et au grand jour, les impasses organisationnelles dans lesquelles ces structures d'accueil se retrouvent trop souvent par manque de moyens, manque de personnels et manque d'écoute.

Mathilde Bourrier et Leah Kimber reviennent dans leur chapitre sur la notion de « l'essentiel » au travail. Le mot a fait florès dans la rue, dans les médias, sur les devantures des magasins « non essentiels », dans les communiqués des autorités publiques établissant les listes des lieux publics qui pouvaient rester ouverts et ceux qui devaient fermer. Les personnels aux missions critiques, de première ligne et les autres dans les *back offices* du télétravail, jouant parfois à front renversé : car qui, quelles fonctions, quels secteurs sont indispensables en temps de pandémie ? Dans cette exploration étayée par la tenue de quatre *focus groups* à distance, les auteures reviennent sur les constats issus des travaux en sociologie du travail sur ce que revêt la notion d'essentiel au travail. Puis, l'analyse des *focus groups* leur permet de faire ressortir les éléments saillants de la vie au travail au temps du Covid-19. Ainsi, le télétravail complet pour certain-es et l'impossibilité pour d'autres de s'y adonner ont offert à chacun et chacune l'occasion de réfléchir aux conditions d'exécution concrètes de son travail et aux manières d'habiter son rôle au travail et hors du travail en période de crise.

Océane Corthay et Lucas Duquesnoy se sont attaché-es à décortiquer les mécanismes qui ont conduit à l'une des crises les plus visibles de la pandémie : celle des distributions alimentaires d'urgence pendant le printemps 2020. Il et elle montrent comment une des collectivités les plus riches au monde, Genève, s'est retrouvée dans un premier temps démunie face au nombre de personnes en manque de nourriture. Pas à pas, le chapitre reconstitue la chronologie des faits et des options qui ont été prises, en retraçant les contours d'une gestion de crise hors normes. Il et elle identifient acteurs, actrices, dans leur diversité, et présentent leurs ressources et leurs contraintes pour montrer comment de cette crise sont nées des adaptations substantielles du modèle de politiques sociales genevois. La crise aura représenté pour nombre d'acteurs et d'actrices de cette histoire une opportunité à saisir pour enclencher un changement désiré depuis longtemps.

Jimmy Clerc retrace dans son chapitre la manière dont un département d'enseignement supérieur, en l'occurrence celui de sociologie de l'Université de Genève, bascule l'ensemble de ses cours à distance en l'espace d'un week-end, celui du 14 et 15 mars 2020. Les universités, qualifiées d'anarchies organisées, exhibent un certain nombre de traits de conservatisme assez rédhibitoires en matière de gestion du changement. Pourtant, la rapidité de l'adaptation et la prise en compte des besoins du corps des étudiant-es, comme celui des enseignant-es, ont permis de surmonter la crise. Désormais, la reconnaissance à la fois des lacunes inhérentes au format en ligne et la nécessité de créer des conditions favorables à la transition numérique des activités universitaires permettent de nourrir un retour d'expérience fédérateur pour rénover le modèle de l'enseignement. Les promesses de l'innovation pédagogique sont nombreuses et séduisantes. Les mois passés à enseigner dans des configurations complexes et changeantes sont les meilleurs tests grandeur nature que l'on puisse imaginer pour prendre un peu de recul et explorer d'autres voies.

Enfin, le chapitre d'Annabella Zamora nous plonge au cœur d'institutions qui ont beaucoup souffert de la pandémie, les musées, emblématiques des lieux de culture. L'auteure montre comment des institutions qui dépendent physiquement des visiteurs et visiteuses pour justifier en grande partie leur existence ont su profiter de la période de semi-fermeture pour faire le point, se réinventer, s'adapter, bricoler des solutions transitoires et réfléchir à leurs modèles de fonctionnement. Elle montre en particulier que les adaptations qui ont pu être faites sont fortement dépendantes des modalités organisationnelles préexistantes : ainsi, les musées sur le modèle « artisanal », ceux sur le modèle « hybride » et ceux répondant au modèle « professionnel » ont eu des stratégies différentes.

LEÇONS DE SOCIOLOGIE

L'aventure de cet atelier s'achève et deux points restent à soulever. Tout d'abord enseigner le travail de terrain de tradition ethnographique à distance relevait d'une double gageure : la première que tou-tes les enseignant-es ont connu, à savoir organiser le format des cours en ligne de manière à maintenir une continuité pédagogique. L'atelier démarré en présence en septembre 2020, puis entièrement en ligne à partir de novembre 2020, n'a pu retrouver un format hybride qu'au printemps 2021. L'exercice a souffert de toutes les limitations bien décrites dans le chapitre de Jimmy Clerc. Nous n'y revenons pas.

Mais un second point mérite notre attention. Le but de ces ateliers est d'apprendre aux étudiant-es à réaliser un terrain d'enquête, et à participer à la réalisation d'une recherche de A à Z. Dans un contexte où les portes des organisations sont restées largement fermées, où l'essentiel du travail s'est déplacé en ligne, où les rencontres sur les terrains se déroulaient à distance dans un grand nombre de cas, comment continuer à transmettre le *gold standard* des méthodes ethnographiques, articulé autour des vertus de la longue immersion et de l'*in situ* ? Cette conclusion n'est pas le lieu pour dérouler le fil de ces questions et de leurs nombreuses implications. Néanmoins, il est important de faire la constatation suivante : si une grande partie du travail dans les organisations se réalise à distance, dans le foyer des collaborateurs et des collaboratrices, il est inévitable que les méthodologies d'enquête s'adaptent également. L'ethnographie organisationnelle, inévitablement, se pratiquera pour une partie en ligne, les lieux de travail des acteurs et actrices étant désormais aussi leurs domiciles et leur salle de réunion virtuelle. Enfin, notre travail collectif a une dimension de *public sociology* (Burawoy, 2005) à laquelle nous tenons. Michael Burawoy l'exprime ainsi en ouverture de son discours en tant que président de l'association américaine de sociologie en 2004 :

« En réponse à l'écart grandissant entre la posture sociologique et le monde que nous étudions, le défi de la

sociologie publique sera d'engager de multiples publics, et ce, de façons diverses. Ces sociologies publiques ne devraient pas être abandonnées mais nous devrions plutôt les inclure dans le cadre de notre discipline⁵³. »

Témoigner, documenter et rendre compte de quotidiens parfois proches de nous, parfois plus lointains, comprendre les logiques d'action collective en se tenant auprès des professionnelles des milieux concernés, même par écrans interposés, a constamment motivé nos efforts. Donner à voir, tendre un miroir, comprendre et douter avec elles et eux et entre nous, ont fait partie de notre apprentissage collectif. L'expérience de la tenue des quatre *focus groups* a aussi permis de tester ce qu'une agora publique virtuelle même limitée peut produire comme exercices de sociologie publique, quand l'atomisation des expériences individuelles menace la capacité à faire sens collectivement d'un événement comme celui d'une pandémie.



⁵³ Notre traduction.

Dans la même collection

Sociograph n°1, 2007, *Monitoring misanthropy and rightwing extremist attitudes in Switzerland, An explorative study*, Sandro Cattacin, Brigitta Gerber, Massimo Sardi et Robert Wegener.

Sociograph n°2, 2007, *Marché du sexe et violences à Genève*, Àgi Földhàzi et Milena Chimienti.

Sociograph n°3, 2007, *Évaluation de la loi sur l'intégration des étrangers du Canton de Genève*, Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Thomas Kessler, Minh-Son Nguyen et Isabelle Renschler.

Sociograph n°4, 2008, *La socio et après? Enquête sur les trajectoires professionnelles et de formation auprès des licencié-e-s en sociologie de l'Université de Genève entre 1995 et 2005*, Sous la direction de Stefano Losa et Mélanie Battistini. Avec Gaëlle Aeby, Miriam Odoni, Emilie Rosenstein, Sophie Touchais et Manon Wettstein.

Sociograph n°5a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 1 – Revue de la littérature*, Géraldine Bugnon et Milena Chimienti avec la collaboration de Laure Chiquet.

Sociograph n°5b, 2009, *Der Sexmarket in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 1 – Literaturübersicht*, Géraldine Bugnon et Milena Chimienti unter Mitarbeit von Laure Chiquet.

Sociograph n°6a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 2 – Cadre légal*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet.

Sociograph n°6b, 2009, *Der Sexmarket in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 2 – Rechtsrahmen*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet.

Sociograph n°7, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet avec la collaboration de Jakob Eberhard.

Sociograph n°8, 2009, *«Nous, on soigne rien sauf des machines». Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en Anesthésie*. Sous la direction de Mathilde Bourrier. Avec Aristoteles Aguilar, Mathilde Bourrier, Ekaterina Dimitrova, Solène Gouilhers, Marius Lachavanne, Mélinée Schindler et Marc Venturin.

Sociograph n°9, 2011, *The legacy of the theory of high reliability organizations: an ethnographic endeavor*. Mathilde Bourrier (Sociograph – Working Paper 6).

Sociograph n°10, 2011, *Unitarism, pluralism, radicalism ... and the rest ?* Conor Cradden (Sociograph – Working Paper 7).

Sociograph n°11, 2011, *Evaluation du projet-pilote Detention, Enjeux, instruments et impacts de l'intervention de la Croix-Rouge Suisse dans les centres de détention administrative*. Nathalie Kakpo, Laure Kaeser et Sandro Cattacin.

Sociograph n°12, 2011, *A nouveau la ville ? Un débat sur le retour de l'urbain*. Sous la direction de Sandro Cattacin et Agi Földhàzi.

Sociograph n°13, 2011, *Capital social et coparentage dans les familles recomposées et de première union*. Sous la direction de Eric Widmer et Nicolas Favez. Avec Gaëlle Aeby, Ivan De Carlo et Minh-Thuy Doan.

Sociograph n°14, 2012, *Les publics du Théâtre Forum Meyrin : Une étude à partir des données de billetterie*. Sami Coll, Luc Gauthier et André Ducret.

Sociograph n°15, 2013, *Migrations transnationales sénégalaises, intégration et développement. Le rôle des associations de la diaspora à Milan, Paris et Genève*. Jenny Maggi, Dame Sarr, Eva Green, Oriane Sarrasin et Anna Ferro.

Sociograph n°16, 2014, *Institutions, acteurs et enjeux de la protection de l'adulte dans le canton de Genève*. Sous la direction de Mathilde Bourrier. Avec Alexandre Pillonel, Clara Barrelet, Eline De Gaspari, Maxime Felder, Nuné Nikoghosyan et Isabela Vieira Bertho.

Sociograph n°17, 2015, *Recensions 1983-2013*, André Ducret. Avant-propos de Jacques Coenen-Huther.

Sociograph n°18, 2015, *Un lieu pour penser l'addiction. Evaluation de l'Académie des Dépendances*, Anne Philibert et Sandro Cattacin.

Sociograph n°19, 2015, *Connivences et antagonismes. Enquête sociologique dans six rues de Genève*. Edité par Maxime Felder, Sandro Cattacin, Loïc

Pignolo, Patricia Naegeli et Alessandro Monsutti. Avec Guillaume Chillier, Monica Devouassoud, Lilla Hadji Guer, Sinisa Hadziabdic, Félix Luginbuhl, Angela Montano, Sonia Perego, Loïc Pignolo, Loïc Riom, Florise Vaubien et Regula Zimmermann.

Sociograph n°20, 2015, *La catastrophe de Mattmark dans la presse. Analyse de la presse écrite*. Edité par Sandro Cattacin, Toni Ricciardi et Irina Radu. Avec Yasmine Ahamed, Lucie Cinardo, Caroline Deniel, Dan Orsholits, Steffanie Perez, Elena Rocco, Julien Ruey, Katleen Ryser, Cynthia Soares et Karen Viadest.

Sociograph n°21, 2015, *La catastrophe de Mattmark. Aspects sociologiques*. Edité par Sandro Cattacin, Toni Ricciardi et Irina Radu. Avec Yasmine Ahamed, Caroline Deniel, Dan Orsholits, Steffanie Perez, Elena Rocco, Julien Ruey, Katleen Ryser, Cynthia Soares et Karen Viadest.

Sociograph n°22 a, 2015, *Sind Drogen gefährlich? Gefährlichkeitsabschätzungen psychoaktiver Substanzen*. Domenig Dagmar und Sandro Cattacin.

Sociograph n°22 b, 2015, *Les drogues sont-elles dangereuses ? Estimations de la dangerosité des substances psychoactives*. Domenig Dagmar et Sandro Cattacin. Traduction de Erik Verkooyen.

Sociograph n°23, 2016, *Malleable Minds? Teasing Out the Causal Effect(s) of Union Membership on Job Attitudes and Political Outcomes*. Sinisa Hadziabdic.

Sociograph n°24, 2016, *Les familles de milieu populaire dans une commune genevoise. Intégration sociale et soutien à la parentalité*. Eric Widmer, Sabrina Roduit et Marie-Eve Zufferey.

Sociograph n°25, 2016, *Addictions et société : voyage au pays des ombres. Actes du colloque des 50 ans du GREA*. Edité par Anne Philibert, Géraldine Morel et Sandro Cattacin.

Sociograph n°26, 2017, *Complicity and Antagonism: Anthropological Views of Geneva*. Edited by Alessandro Monsutti, Françoise Grange Omokaro, Philippe Gazagne and Sandro Cattacin. With Savannah Dodd, Juliana Ghazi, Victoria Gronwald, Sarah Hayes, Aditya Kakati, Samira Marty, Linda Peterhans, Dagna Rams, Rosie Sims and drawings by Heather Suttor.

Sociograph n°27, 2016, *Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital. Ambivalenzen und Pragmatismus von Schnittstellen.* Anna Weber.

Sociograph 28, 2016, *"We're from Switzerland, that's a Chocolate Island in Sweden!" Comprendre l'indie rock du point de vue de six groupes suisses.* Loïc Riom.

Sociograph 29, 2016, *Le devenir professionnel des diplômés en sciences sociales entre 2005 et 2015.* Julien Ruey, Emilie Rosenstein, Rita Gouveia et Eric Widmer.

Sociograph n°30, 2017, *Viellissement et espaces urbains.* Edité par Cornelia Hummel, Claudine Burton-Jeangros et Loïc Riom. Avec Alizée Lenggenhager, Heber Gomez Malave, Martina von Arx, Michael Deml et Ndeye Ndao.

Sociograph n°31, 2017, *Voting for the Populist Radical Right in Switzerland: A Panel Data Analysis.* Dan Orsholits.

Sociograph n°32, 2017, *« C'est pas un boulot, c'est du business. » L'agir des dealers ouest-africains dans un quartier genevois.* Loïc Pignolo.

Sociograph n°33, 2017, *Le processus d'endettement dans le jeu excessif: d'une revue de la littérature à l'élaboration d'un modèle.* Anne Philibert, Géraldine Morel, Loïc Pignolo et Sandro Cattacin.

Sociograph n°34, 2017, *L'éthique (en) pratique : la recherche en sciences sociales.* Edité par Claudine Burton-Jeangros. Avec Claudine Burton-Jeangros, Maryvonne Charmillot, Julien Debonneville, Karine Duplan, Solène Gouilhers Hertig, Cornelia Hummel, Mauranne Laurent, Barbara Lucas, Andrea Lutz, Michaël Meyer, Lorena Parini, Loïc Riom, Sabrina Roduit, Claudine Sauvain-Dugerdil, Mélinée Schindler et Daniel Stoecklin.

Sociograph n°35, 2018, *La musique sous le regard des sciences sociales.* Edité par Loïc Riom et Marc Perrenoud. Avec Pierre Bataille, Sandro Cattacin, Nuné Nikoghosyan, Irene Pellegrini, Luca Preite, Pierre Raboud et Christian Steulet.

Sociograph n°36, 2018, *La police en quête de transversalité. Chroniques de la réforme de la police genevoise de 2016*. Edité par Mathilde Bourrier et Leah Kimber. Avec Camila Andenmatten, Laurence Dufour, Marine Fontaine, Aurélie Friedli et César Humeroze.

Sociograph n°37, 2018, *Gérer les migrations face aux défis identitaires et sécuritaires*. Edité par Adèle Garnier, Loïc Pignolo et Geneviève Saint-Laurent. Avec Adèle Garnier, France Houle, Carla Mascia, Loïc Pignolo, Antoine Roblain, Geneviève Saint-Laurent, Djordje Sredanovic et Bob White.

Sociograph n°38, 2018, *Accès aux prestations socio-sanitaires des familles vulnérables à Genève. Le point de vue des acteurs de terrain*. Olga Ganjour, Myriam Girardin, Marie-Eve Zufferey, Claudine Burton-Jeangros et Eric Widmer.

Sociograph n°39, 2018, *Expériences de vieillissements en collectif agricole autogé-ré. Enjeux individuels et collectifs*, Elena Rocco.

Sociograph n°40, 2018, *Proches aidants et proches aidés : ressources et contraintes associées aux dynamiques familiales confrontées à la perte d'autonomie du parent âgé*. Myriam Girardin, Olga Ganjour, Marie-Eve Zufferey et Eric Widmer.

Sociograph n°41, 2019, *Revue internationale des modèles de régulation du cannabis*. Anne Philibert et Frank Zobel.

Sociograph n°42, 2019, *Dynamiques de formalisation et d'informalisation dans l'étude des migrations*. Edité par Nathalie Blais, Marisa Fois et Antoine Roblain. Avec Hélène Awet Woldeyohannes, Julien Debonneville, Nawal Bensaïd, Nathalie Blais, Marisa Fois, Fiorenza Gamba, Adèle Garnier, France Houle, Laurent Licata, Loïc Pignolo, Annaelle Piva, Toni Ricciardi, Antoine Roblain, Josette St-Amour Blais et Anissa Tahri.

Sociograph n°43, 2019, *Sommeil des adolescents et rythmes scolaires*. Claudine Burton-Jeangros et Maxime Felder. Avec la participation de Marion Aberle, Nicolas Charpentier, Alison Do Santos, Iuna Dones, Melissa Mapatano, Auxane Pidoux et Johanna Yakoubian.

Sociograph n°44, 2020, *Famille et vulnérabilités des enfants. État des lieux et responsabilités institutionnelles à Genève*. Jean-Michel Bonvin, Eric Widmer, Liala Consoli et Regula Zimmermann.

Sociograph n°45, 2020, *Enjeux éthiques dans l'enquête en sciences sociales*. Edité par Marta Roca i Escoda, Claudine Burton-Jeangros, Pablo Diaz et Ilario Rossi. Avec Sarah Bonnard, Margaux Bressan, Baptiste Brodard, Michael Cordey, Louise Déjeans, Eline De Gaspari, Valentine Duhant, Lucile Franz, Laurent Paccaud, Aude Parfaite, Léa Sallenave et Carla Vaucher.

Sociograph n°46, 2020, *Les drogues dans tous leurs états*. Edité par Sandro Cattacin, Anne Philibert, Loïc Pignolo, Barbara Broers et Guillaume Rey. Avec Audrey Arnoult, Marie Crittin, Dagmar Domenig, Bengt Kayser, Michel Kokoreff, Alexandre Marchant, Christian Schneider et Marc-Henry Soulet.

Sociograph n°47, 2020, *Les modes de garde après séparation : conditions et conséquences sur les relations familiales*. Marie-Eve Zufferey, Myriam Girardin, Olga Ganjour et Clémentine Rossier.

Sociograph 48, 2020, *Prishtina la paradoxale ou l'innovation dans un environnement adverse*. Edité par Sandro Cattacin et Loïc Pignolo. Avec Zachariah Aebi, Priscilla Bellesia Mbuinzama, Karim Jowary, Ariane Levrat, Estelle Lligona, Matteo Marano, Alys Martin, Malaïka Nagel, Ravi Ramsahye, Sophie Ratcliff, Estelle Röthlisberger, Giordano Rumasuglia et Annabella Zamora. Postface de Rifat Haxhijaj.

Sociograph 49, 2020, *Les colonialismes suisses. Entretiens (Vol. I)*. Édité par Sandro Cattacin et Marisa Fois. Avec Aline Boeuf, Margot Chauderna, Alexey Chernikov, Marianna Colella, Mariam Duruz, Guillaume Fernandez, Safi Lashley, Edil Mansilla, Yawa Megbayowo, Marilia Adriana Meyer-Fernandez Cazorla, Orlane Moynat, Ana Quijano et Kenza Wadimoff.

Sociograph 50, 2020, *Les colonialismes suisses. Études (Vol. II)*. Édité par Sandro Cattacin et Marisa Fois. Avec Aline Boeuf, Margot Chauderna, Marianna Colella, Mariam Duruz, Guillaume Fernandez, Safi Lashley, Edil Mansilla, Yawa Megbayowo, Marilia Adriana Meyer-Fernandez Cazorla, Orlane Moynat, Ana Quijano et Kenza Wadimoff.

Sociograph 51, 2020, *La socioéconomie des politiques sociales au service des capacités. Études de cas dans le contexte genevois*. Édité par Jean-Michel Bonvin et Aris Martinelli. Avec Mathieu Amoos, Cora Beausoleil, Hamadoun Diallo, Caroline Dubath, Julien Fakhoury, Fabienne Fallegger, Romain Gauthier, Romain Guex, Rose Hirschi, Mélanie Hirt, Lionel Lambert, Krisana Messerli, Luca Perrig, Lucien Pfister, Jérémie Savoy et Hannah Wonta.

Sociograph 52, 2020, *Lieux et temps des rituels d'inclusion territoriale dans le Grand Genève*. Édité par Fiorenza Gamba, Sandro Cattacin et Bernard Debarbieux. Avec Elise Barras, Leika Barthe, Florent Bolomey, Benjamin Bouele, Cyrille Chatton, Bruno Primo Da Silva, Tiffany Da Silva, Sven Favarger, Audrey Gagnaux, Laetitia Maradan, Simon Paratte, Thomas Rotunno, Olivier Waeber et Christina Zholdokova.

Sociograph 53, 2022, *Italiano on the road. Per i quartieri e le strade di Zurigo, Basilea e Ginevra*. Irene Pellegrini, Verio Pini e Sandro Cattacin.

Sociograph 54, 2022, *(In)former les patient.es à la recherche biomédicale : sociologie des documents d'information et de consentement*. Solène Gouilhers, Loïc Riom, Claudine Burton-Jeangros, Ainhoa Saenz Morales et Mathieu Amoos.

Sociograph 55, 2022, *Inventer le quotidien au temps du Covid-19 : communiquer, soigner et organiser*. Édité par Mathilde Bourrier, Michael Deml et Leah Kimber. Avec Jimmy Clerc, Océane Corthay, Margaux Dubois, Alexandrine Dupras, Lucas Duquesnoy, Fantine Gicquel, Katharina Jungo, Leah Kimber, Kamyar Kompani, Claudine Kroepfli, Kate de Rivero et Annabella Zamora.

Toutes les publications se trouvent en ligne sous :
www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph

La pandémie Covid-19 et les mesures sanitaires qui en ont résulté ont indéniablement changé nos vies. Ce Sociograph s'interroge sur une des questions fondamentales qui s'est posée dès les débuts de cette crise sanitaire, et qui continue encore à se poser aujourd'hui : Comment sauver *l'essentiel* et définir au niveau sociétal les priorités en matière de communication, de soins et d'organisation du travail et des activités ?

La mise en place des mesures sanitaires au sein d'organisations de toutes natures, ont vu fleurir des modes alternatifs de travail visant à assurer «l'essentiel», «le minimum», «l'incompressible» et «l'indispensable». Cette recherche multi-facettes a recueilli des informations par secteur d'activités, en utilisant des entretiens individuels, des entretiens de groupes et en réalisant des études de cas par organisation. Son objectif est de proposer une analyse des facteurs qui influencent la mise en place de modes alternatifs, dégradés ou, au contraire, sources de bénéfices futurs.

Mathilde Bourrier, professeure ordinaire au Département de sociologie et à l'Institut de recherches sociologiques à l'Université de Genève mène des recherches portant sur les activités à risque, le design organisationnel et l'allocation des ressources en situation critique.

Michael Deml, chercheur associé à l'Institut de recherches sociologiques à l'Université de Genève et boursier postdoctoral du Fonds national suisse à la School of Public Health & Family Medicine à l'University of Cape Town en Afrique du Sud, mène des recherches portant principalement sur les décisions de vaccination, la prévention des maladies infectieuses et la sociologie de la santé.

Leah Kimber est postdoctorante, soutenue par le Fonds National suisse de la recherche scientifique. Ses recherches portent sur l'inclusion, la diversité et la société civile au sein des organisations internationales du point de vue de la sociologie des organisations.

Avec les contributions de Mathilde Bourrier, Jimmy Clerc, Océane Corthay, Michael Deml, Margaux Dubois, Alexandrine Dupras, Lucas Duquesnoy, Fantine Gicquel, Katharina Jungo, Leah Kimber, Kamyar Kompani, Claudine Kroepfli, Kate de Rivero et Annabella Zamora.

