

Numéro 2 - Second semestre 2022

LES CAHIERS DE L'OPPEE

L'ADAPTATION DES **PRATIQUES
PROFESSIONNELLES** DE SOINS
ET DES RÉSEAUX DE
SOLIDARITÉ EN TEMPS DE
PANDÉMIE

Coordination scientifique

Bernard Cherubini

Pierrine Didier

Observatoire des politiques publiques en
situation d'épidémie et post épidémique

université
de BORDEAUX

PRÉSENTATION

Premier organisme de ce type au sein de l'université de Bordeaux, l'**Observatoire des politiques publiques en situation d'épidémie et post-épidémie** est doté d'un savoir universitaire destiné à observer en temps réel la crise sanitaire et l'après-crise pandémique au prisme de l'analyse scientifique. Les acteurs et actrices se mobilisent pour contribuer à des solutions pratiques.

L'Observatoire a vocation à être un organisme scientifique de source universitaire, produisant une analyse sur la nature et le traitement des politiques publiques liées à la crise épidémique actuelle. Créé dans le cadre de la « mission Covid-19 » de l'université de Bordeaux, l'Observatoire est rattaché à l'Institut de recherche Montesquieu (IRM – UR 7434).

Ce numéro 2 des *Cahiers de l'OPPEE* est principalement réalisé à partir de contributions de participants et participantes au Colloque international francophone multisite de l'association AMADES (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé), des 16-17 juin 2022, à Marseille ; Pierrine Didier, membre de l'OPPEE, en est la vice-présidente. Nous poursuivons ainsi notre projet d'aborder de façon pluridisciplinaire les analyses des différentes étapes de la pandémie de Covid-19.

Coordination scientifique de ce numéro des *Cahiers de l'OPPEE*

- **Bernard CHERUBINI**, Maître de conférences d'ethnologie HDR, IRM-CMRP (université de Bordeaux)
- **Pierrine DIDIER**, Chargée de recherche contractuelle, INRAE/VetAgro Sup

Coordination éditoriale du numéro

- **Alexandre FRAMBÉRY-IACOBONE**, Post-doctorant OPPE (IRM, université de Bordeaux) et ANR HLJPGenre (CDEP, Université d'Artois)

Maquette du numéro

- **Éric ROUBY**, Chercheur associé à l'IRM (université de Bordeaux)
-

En partenariat avec

IRM

Institut de recherche
Montesquieu

université
de BORDEAUX

Département de recherche
DETS | Droit et transformations sociales / université
de BORDEAUX



RÉGION
Nouvelle-
Aquitaine

L'université de Bordeaux, l'OPPEE, et ses partenaires, n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux idées émises dans les différentes contributions qui composent cette production ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et autrices.



Licence d'utilisation : *Creative Commons*, Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

SOMMAIRE

Avant-porpos : COVID-19 et après covid : à quand la grande marée... et le mascaret ?..	1
Bernard CHERUBINI	
Introduction : S'adapter, faire face et endurer : les reconfigurations des pratiques professionnelles au prisme de la crise pandémique.....	5
Pierrine DIDIER	
Bouleversement des pratiques des soignants face à la COVID-19 à Antananarivo, Madagascar.....	11
Chiarella MATTERN, Sonia RAFIRINGA et Sitraka RAFANOMEZANTSOA	
Informier, rassurer et décider : les incertitudes en temps de pandémie, lors de « la première vague » Covid-19 au SAMU.....	33
François GIRAUD et Bruno BONU	
Les travailleuses et travailleurs du sexe à Marseille au temps du premier confinement : stratégies de réponse et réseaux de solidarité.....	45
Mélissa BLANCHARD et Roberta DEROSAS	
Hors Thème : L'impact de la pandémie de Covid-19 sur les élections parlementaires d'avril 2021 en Bulgarie.....	63
Ivaylo ANTONOV	
À propos des auteurs et autrices.....	81
Résumés des articles.....	83
Informations bibliographiques.....	87

Avant-propos

COVID-19 et après covid : à quand la grande marée... et le mascaret ?

Bernard CHERUBINI

Co-directeur de l'OPPEE

IRM-CMRP (UR 7434)

université de Bordeaux

Du mois de janvier 2020 à la fin de l'année 2022, le monde entier a vécu au rythme de diverses phases épidémiques en se posant la question de savoir quand on allait en finir avec la COVID-19. De nombreuses recherches ont eu pour objectif de déterminer l'impact de la crise du coronavirus sur la société, en particulier sur le plan des inégalités, ou bien d'analyser l'impact économique et environnemental de la crise sanitaire à moyen et long terme. D'autres recherches plus directement centrées sur le système de soins et de prévention n'ont pas manqué d'interroger l'état des structures de santé, leur capacité à faire face à une pandémie mondiale, même si certains spécialistes ont longtemps réfuté ces termes, préférant parler d'épidémies.

Nos collègues bordelais, Barbara Steigler et François Alla, respectivement philosophe et médecin de santé publique, parlent d'un « grand champ de ruines » de la santé publique dont on ne sait plus trop s'il faut l'appréhender en termes d'effondrement, de reconstruction ou de disparition¹. D'autres collègues se sont aussi interrogés sur la situation de l'hôpital public dans l'incapacité de faire face à des afflux de patients en urgence ou demandants des soins intensifs, tout en plaidant pour le développement d'un service public de santé territorialisé². Au-delà des infrastructures hospitalières, c'est aussi la médecine générale, la médecine de ville et des campagnes qui se sont retrouvées en difficulté, de même que les services d'urgences et la coordination des parcours de soins³. Il serait aussi temps de dresser le bilan social de cette crise COVID avec parfois des risques de basculement dans l'extrême pauvreté qui n'ont pu être combattus avec toute l'efficacité souhaitée, ce qui ouvre par ailleurs la voie à d'autres recherches sur le bilan économique, sur les résultats du « quoi qu'il en coûte », du côté français, et sur d'autres stratégies mises en place à l'échelle européenne ou mondiale.

¹ STIEGLER Barbara et ALLA François, *Santé publique année zéro*, Paris, Tracts Gallimard, n°37, mars 2022.

² GRIMALDI André, *L'hôpital nous a sauvés. Sauvons-le*, Paris, Odile Jacob, 2022.

³ LEHMAN Christian, *Tenir la ligne. Chronique d'une pandémie*, Paris, Éditions de l'Olivier, 2022.

Nous avons, dès la mise en place du programme de recherche de l'OPPEE en juillet 2020, considéré que la conduite des actions en santé mises en place depuis le début de l'épidémie du coronavirus en France pouvait être vue comme un révélateur de l'état du système de santé confronté à des exigences extrêmes en matière de surveillance épidémiologique, de système d'alerte, de réseaux sentinelles, de liaison ville-hôpital, de soins de premiers recours, de parcours de soins et plus globalement de prise en charge médicale et préventif. On peut considérer ainsi que la pandémie de COVID-19 n'est qu'une simple illustration de la dégradation des liens entre système de soins et système de prévention, au rythme de la mise en place des différentes lois de santé publique depuis la fin des années 1990. Notre investissement en recherche dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé avait mis en évidence la difficulté à s'appuyer sur des relations de proximité, de solidarité communautaire et de voisinage, dès lors qu'il fallait solliciter une participation citoyenne au sein de projets en promotion de la santé consistant à renforcer l'axe prévention au sein des politiques de santé publique⁴. D'une façon générale, les politiques de santé sont insuffisamment abordées dans leur dimension politique par certaines disciplines, en particulier l'anthropologie qui a du mal à les appréhender, selon quelques expressions chères à Didier Fassin, comme étant un « espace politique de santé » ou « dans l'espace politique de la santé », en association avec d'autres disciplines des sciences sociales⁵.

Sans pour autant se focaliser sur ces perspectives de recherche en santé publique, les interventions lors du colloque de l'association AMADES (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé) de juin 2022 auront montré que dans les situations épidémiques, les anthropologues jouent souvent un rôle important dans l'observation et la description du quotidien en transformation et dans l'analyse du sens qu'il convient de donner aux mutations durables. Trois communications à ce colloque sont ici reprises pour illustrer notre propos dans une perspective pluridisciplinaire. On sait ainsi que l'épidémie du sida a joué un rôle de catalyseur en opérant un rapprochement sans précédent entre les sciences de la vie, les politiques publiques, les professionnels de la santé et les usagers des services de soins et de prévention, les anthropologues, les sociologues de la santé et chercheurs d'autres disciplines des sciences humaines et sociales. On peut considérer désormais que la pandémie de Sars-CoV-2 a emboîté le pas à cette mobilisation scientifique de grande ampleur en montrant toute l'utilité des sciences sociales pour comprendre sa signification⁶.

Mais que faut-il attendre des mesures à prendre à la lumière des leçons de ces phases épidémiques ? La métaphore de « la grande marée » ne signifie en rien que nous soyons un adepte inconditionnel de la pêche à pied lorsque les forts coefficients se présentent dans les pages de nos agendas ou de nos almanachs. Il s'agit simplement de considérer que les dégâts causés par une tempête sont plus

⁴ Voir en particulier dans : CHERUBINI Bernard (dir.) *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?* Toulouse, Érès, 2011 ; et CHERUBINI Bernard et VEDELAGO François (dir.), « Transnationalisation des politiques publiques de santé », *Sociologie Santé*, n° 36, 2012.

⁵ FASSIN Didier, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.

⁶ LAZAR Marc, PLANTIN Guillaume et RAGOT Xavier (dir.), *Le monde d'aujourd'hui. Les sciences sociales au temps de la Covid*, Paris, Les presses de Sciences Po, 2020.

visibles si l'on a suffisamment de temps pour les observer. On pense ici à l'observation de l'évolution de nos littoraux et à l'état de la ressource naturelle, biologique, animale, qui est visible en surface, mais aussi la plupart du temps sous les eaux, ce qui rend plus difficile son évaluation. Un système de santé doit être lui aussi rendu plus visible pour rendre plus efficaces les états des lieux, audits et autres procédures d'évaluation de ses ressources matérielles, humaines, financières et perspectives d'aménagement à court terme, à moyen et à long terme. Ce qui sous-entend également un niveau de proximité suffisant pour apprécier la nature des besoins, des demandes, des perspectives de développement. Et bien entendu c'est la force des marées qui va générer le mascaret, autrement dit pousser au maximum la vague des restructurations attendues en matière de santé, de soins et de prévention. À ce niveau-là, on ne peut pas nier le fait que la recherche en santé publique soit restée vigilante aux besoins qui apparaissaient fondamentaux en la matière, notamment le gouvernement des risques sanitaires, l'analyse des contextes de l'action publique, la transformation des modes d'action⁷. Mais une mise à plat des observations et des analyses les plus approfondies faites durant les temps forts de l'épidémie de COVID-19 s'avère indispensable.

Les interrogations sur la gestion récente de l'épidémie en Chine, en particulier l'abandon de la politique zéro-Covid depuis début décembre 2022, ne font que réanimer le débat en France, en Europe et dans le reste du monde. Les variants du COVID-19 sont amenés à se multiplier et on continue à se demander comment on pourrait bien les arrêter. À quel avenir devenons-nous nous préparer ? Comment concilier démocratie sanitaire et efficacité des politiques de santé publique ? Quelles réflexions produire en termes de régulation, d'organisation et de stratégie pour les politiques de santé de demain ? Faut-il croire aux perspectives nouvelles offertes par les enjeux de santé globale ou du « One Health » (une seule santé) ?

L'épidémie de COVID-19 a impacté de très nombreux secteurs et champs d'activité comme les processus électoraux de désignation des représentants du peuple et des collectivités locales auprès des différentes assemblées. On a vécu en France des reports d'élections, mais aussi de surprenants maintiens qui n'ont pas manqué de faire réagir les spécialistes de science politique, du droit de la santé comme du droit constitutionnel. On trouvera dans ce numéro l'exemple des élections parlementaires d'avril 2020 en Bulgarie dont le contexte, le déroulement et les résultats sont décrits avec précision par un jeune chercheur, étudiant du département de sciences politiques de la Nouvelle Université Bulgare de Sofia. Un bilan scientifique, mais aussi éthique et politique, semble plus que nécessaire. Notre ambition au sein de l'OPPEE reste bien modeste en regard de ces défis d'une ampleur encore inestimée. Mais nous entendons rester, avec tous nos chercheurs et proches collaborateurs, au cœur de ces débats sur les perspectives à venir de « l'après covid ».

⁷ GARDON Sébastien, GAUTIER Amandine et LE NAOUR Gwenola, *La santé globale au prisme de l'analyse des politiques publiques*, Paris, Éditions Quae, 2020.

Introduction

S'adapter, faire face et endurer : les reconfigurations des pratiques professionnelles au prisme de la crise pandémique

Pierrine DIDIER

*Chargée de recherche contractuelle
INRAE/VetAgro Sup*

Ce deuxième numéro des Cahiers de l'OPPEE rassemble des contributions issues du colloque international francophone multisite¹ organisé par l'AMADES (Association d'anthropologie médicale et de la santé), du 15 au 17 juin 2022 à Marseille. Ce colloque a relevé le pari d'une organisation en présentiel, au sortir d'une période – de presque 2 ans – pendant laquelle le distanciel était préconisé, voire imposé, supprimant ainsi de potentielles riches interactions en marge des événements scientifiques. Intitulé « Anthropologie et Covid-19. États, expériences et incertitudes en temps de pandémie », le colloque a souhaité interroger la pandémie au prisme des sciences sociales, et en particulier de la discipline anthropologique, aussi bien sur la possibilité et les adaptations nécessaires pour continuer à mener des recherches, que sur les sujets de recherche eux-mêmes. Ces rencontres ont réuni des chercheurs de plusieurs disciplines des sciences sociales, qui ont fait le choix d'orienter leurs problématiques de travail vers le contexte sanitaire global, ou d'explorer ce sujet à part entière.

La pandémie a bouleversé de nombreux aspects de la vie humaine, sociale, individuelle et collective. Les pratiques professionnelles et les activités de travail bénévole² ont été fortement impactées par les multiples restrictions, encadrements et mesures dont elles ont fait l'objet. L'appellation, rapidement adoptée par les pouvoirs publics, des professions dites « essentielles » et, par logique déductive, de celles dites « non-essentielles », est venue diviser la nature

¹ Des journées de colloque et de séminaires ont été organisées par des membres de l'association à Dakar le 2 et 3 juin, à Lausanne le 3 juin, à Montréal le 8 juin et à Ouagadougou le 13 et 14 juin 2022.

² GRANT-POITRAS David et ALALOUF-HALL Diane, « COVID-19 et transformations de l'action bénévole au Québec » [[en ligne](#)], *Cahier de recherche, Réseau canadien de recherche partenariale sur la philanthropie (PhiLab)*, publié en 2021 [consulté le 1^{er} février 2023]. URL : https://philab.uqam.ca/wp-content/uploads/2021/06/cahier-de-recherche_COVID-19-et-transformations-de-laction-benevole-au-Quebec.pdf.

des activités et l'exposition potentielle des individus au virus. Les travailleurs de « première »³ ou de « deuxième ligne »⁴, les travailleurs nécessaires ou non à la gestion de la pandémie et à la continuité de la vie sociale et économique, tous ont dû s'adapter à un contexte global fait d'incertitudes et d'ajustements constants. Avec plusieurs années de recul, il est désormais aisé d'analyser les phases successives de la pandémie. Elles sont beaucoup plus floues et incertaines au moment même où elles sont vécues et traversées. Ces phases (début de la crise, prémices du confinement, début du confinement, premier renouvellement du confinement, deuxième renouvellement du confinement, déconfinement progressif, déconfinement⁵) se caractérisent par des restrictions spécifiques et changeantes, accompagnées d'une évolution constante des connaissances sur le virus et des moyens pour lui faire face. L'application des restrictions a été faite, à certains moments, de façon hétérogène selon des zones (vertes, rouges), déterminées en fonction de la circulation du virus dans les départements. Ces restrictions concernaient, entre autres, la circulation des individus et la possibilité d'exercer une activité professionnelle à l'extérieur de son domicile. Ils s'appliquaient également aux comportements tels que le port du masque sous certaines conditions et dans certains endroits, puis à la possibilité de pratiquer certaines activités (culturelles, collectives, professionnelles) sous présentation d'un certificat de vaccination.

Les soignants étaient notamment au cœur de la gestion de l'épidémie, aux premières loges de la circulation du virus. En début de pandémie, ils ont fait face à des pénuries de matériel de protection (masques, surblouses), et à l'adoption de nouvelles pratiques d'aseptisation et de gestion des prises en charge des patients (à l'hôpital ou en cabinet). À cela s'est ajoutée la gestion individuelle du rapport au virus, à sa propre vulnérabilité et à celle des personnes côtoyées dans le cadre professionnel et familial. Les informations concernant le suivi et les confirmations de contamination étaient également très différentes de celles pratiquées aujourd'hui. Début 2020, en France, les tests PCR étaient réservés aux soignants présentant des symptômes et les résultats étaient connus après 24 heures. Deux ans après, il est possible de se tester (avec un test rapide antigénique) à domicile, et d'avoir une réponse en quelques minutes. Une des caractéristiques principales du début et d'une bonne partie de la pandémie reste l'incertitude : incertitude des mesures et des comportements à adopter, incertitude des connaissances sur le virus (virulence, modes de transmission), incertitude de la durée de l'événement.

³ ACS Marie, CHEVROT Joseph, BEAUFILS Sandrine, DAVY Anne-Claire, LEROI Pascale, WOLF Martin et TELLE-LAMBERTON Maylis, « Quelles conditions de travail et de vie pour les 1,8 million de travailleurs “essentiels du quotidien” résidant en Île-de-France ? » [[en ligne](#)], *Insee Analyses Île-de-France*, publié en juillet 2021 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5401737>.

⁴ AMOSSÉ Thomas, ERHEL Christine, BEATRIZ Mikael, KOUBI Malik et MAUROUX Amélie, « Les métiers “de deuxième ligne” de la crise Covid-19 : quelles conditions de travail et d'emploi dans le secteur privé ? », *Dares. Déchiffrer le monde du travail pour éclairer le débat public*, n° 246, 2021.

⁵ Voir la très complète frise chronologique produite par DUSART Anne et AGÉNOR Lucile, « Chapitre 3. Corps, émotions, pensées : l'expérience que les professionnels font de la crise » [[en ligne](#)], dans Dusart Anne, Agénor Lucile et Bretin-Maffioletti Karen (dir.), *Les acteurs du social et du médico-social aux prises avec la crise du Covid-19*, t. 1, avril 2022 [consulté le 1^{er} février 2023], p. 223. URL : <https://ancreai.org/wp-content/uploads/2022/09/Tome1.pdf>.

Les différentes recherches socio-anthropologiques menées sur les pratiques professionnelles des soignants libéraux⁶ et hospitaliers⁷ ont montré une mobilisation et une organisation des soignants pour faire face à la pandémie, dans l'urgence. Dans le contexte de la multiplication des mesures émanant des autorités sanitaires et de la pénurie de matériel, des infirmières libérales de plusieurs cabinets d'un quartier de Lyon⁸ ont pris l'initiative de se rassembler sur un groupe de messagerie *WhatsApp*. Elles ont mis en commun des informations et des forces vives pour l'organisation de « tournées Covid ». Ces tournées de visites à domicile rassemblaient les patients, de différents cabinets, suspectés ou identifiés comme positifs au Covid-19, afin de les isoler des patients non-infectés et ainsi limiter les contaminations. Les infirmières libérales s'organisaient en binôme, afin de se soutenir moralement, de s'entraider à revêtir les protections et de procéder à la vérification de leur port correct. Ces soignantes libérales sont d'ordinaire peu amenées à travailler ensemble en dehors de leur propre cabinet. Face à la situation d'urgence et sans aucune aide extérieure, elles ont permis la continuité des soins tout en protégeant leur patientèle, souvent âgée et atteinte de comorbidités. L'entraide a également concerné les différents acteurs des soins primaires avec le partage de stocks de protection (masques, surblouses, gants), par bouche-à-oreille, via des pharmaciens ou d'autres cabinets libéraux. Des réseaux de solidarités se sont manifestés au-delà du cercle des soignants, afin de fournir aux praticiens des masques, surblouses ou calots « faits maison » par des « couturiers et couturières de la solidarité ».

La situation de crise, et le changement « forcé » de certaines activités, ont permis le développement et l'institutionnalisation *a posteriori* de certaines pratiques massivement adoptées en situation de crise. C'est le cas du très large développement d'activités en lien avec le numérique tel que le télétravail⁹ ou la téléconsultation pour les soignants¹⁰. Ces adaptations, mises en place depuis le

⁶ GAUTIER Sylvain, RAY Marine, ROUSSEAU Anne, SEIXAS Clarissa, BEAUMANN Sophie, *et al.*, « Soins primaires et COVID-19 en France : apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs », *Santé Publique*, vol. 33, n° 6, 2021, p. 923-934.

⁷ KRA Firmin, TAVERNE Bernard, MINEL Francesca, AKINDÈS Francis, LABORDE-BALEN Gabriele et ERGOT Marc, « L'anthropologie impliquée à l'hôpital en contexte d'épidémie de covid-19 pour accompagner les fins de vie et les décès hospitaliers » [[en ligne](#)], *The Conversation*, publié le 14 septembre 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <http://theconversation.com/lanthropologie-impliquee-a-lhopital-en-contexte-depidemie-de-covid-19-pour-accompagner-les-fins-de-vie-et-les-deces-hospitaliers-145815>. BANES Noémie, PLUMET Oriane, BEAUDEVIN Claire et FANNY Vincent, « Se mobiliser et travailler à l'hôpital par temps de Covid », *Mouvements*, vol. 105, n° 1, 2021, p. 13-26. DUSART Anne, AGÉNOR Lucile et BRETIN-MAFFIULETTI Karen (dir.), *Les acteurs du social et du médico-social aux prises avec la crise du Covid-19*, t. 1, *op. cit.*

⁸ Suivies dans le cadre d'un projet de recherche que je menais au moment du début de la pandémie.

⁹ Il y a eu « plus de 4 000 accords d'entreprises portant sur le télétravail signés en 2021, soit dix fois plus qu'en 2017 (390 accords collectifs à l'époque) ». Source : *DARES*, « Télétravail durant la crise sanitaire. Quelles pratiques en janvier 2021 ? Quels impacts sur le travail et la santé ? » [[en ligne](#)], n° 9, publié le 10 février 2022 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/teletravail-durant-la-crise-quelles-pratiques-quels-impacts-sur-le-travail-et-sur-la-sante>.

¹⁰ D'après les données administratives d'activité des professionnels de santé issues du Système national des données de santé (SNDS), 80 000 actes de téléconsultations ont été effectués par les médecins généralistes en France en 2018. Ces actes sont passés à 13,5 millions en 2020 et 9,4 millions en 2021. En 2022, plus de trois médecins généralistes sur quatre (77 %) indiquaient avoir déjà effectué des consultations à distance, contre « moins de 5 % avant l'épidémie de

début de la crise sanitaire, ont amené à des transformations durables dans les pratiques.

Les contributions publiées dans ce numéro décrivent des réalités sur plusieurs continents, dans différentes sphères professionnelles et sociales : celles des médecins hospitaliers à Antananarivo (Madagascar) ; d'un médecin régulateur répondant aux appels du SAMU à Saint-Étienne ; des travailleuses et travailleurs du sexe (TDS) à Marseille. Ces trois groupes professionnels ont été directement touchés par la crise et la pandémie, dans leur exercice professionnel : les premiers par leur contact direct avec la gestion sanitaire de la pandémie ; les seconds par l'impact des mesures de restrictions sanitaires sur la possibilité de l'exercice de leur métier. D'un côté, un groupe professionnel doit s'adapter pour faire face au virus et travailler différemment, souvent avec une charge de travail plus importante, avec peu de moyens, de connaissances et de protections et, de l'autre côté, un groupe professionnel doit affronter la pandémie, s'adapter, faire face, pour essayer de continuer à travailler et à vivre, à la marge des aides de l'État. La caractéristique commune reste la possible peur, l'appréhension par rapport à la situation, à sa dangerosité et à sa durée, que personne ne pouvait prédire à ce moment-là. Les articles, riches en données ethnographiques de terrain, dont les collectes ont dû, elles aussi, s'adapter au contexte pandémique, montrent les adaptations, les façons de faire face à la pandémie et de s'y adapter dans la durée, de repenser les pratiques et de puiser dans des ressources (personnelles, familiales, sociales, professionnelles, associatives, etc.).

L'article de Chiarella Mattern, Sonia Rafiringa et Sitraka Rafanomezantsao de l'Institut Pasteur de Madagascar présente les résultats d'une enquête effectuée *a posteriori* des deux vagues pandémiques qui ont touché le pays, en juillet 2020 et février à avril 2021, auprès de soignants travaillant dans des structures hospitalières publiques ou privées à Madagascar. Il montre comment la crise sanitaire renforce la pénibilité au travail et la difficulté de prodiguer des soins. L'article décrit la façon dont les soignants ont dû s'adapter à des conditions de travail perçues comme plus difficiles qu'en temps normal (manque de moyens humains et matériels, rapport aux patients). Les autrices décrivent l'impact de la crise sur les dimensions structurelles et relationnelles des soins, faisant naître alors des pratiques apprises « sur le tas », dans un contexte où finalement « la connaissance n'est plus détenue par quiconque ».

L'article de François Giraud, médecin régulateur au SAMU de Saint-Étienne (France), et Bruno Bonu, maître de conférences en sciences du langage, analyse deux séquences interactionnelles issues des écoutes des appels à la « Cellule Covid » du SAMU de Saint-Étienne, le 15 mars 2020, juste avant l'annonce du premier confinement. Par la description des échanges avec l'un des médecins participants, le docteur Giraud, co-auteur du texte, met en lumière la

Covid-19 (Monziols, et al., 2020b) ». Source : KAMIONKA Julie et BERGEAT Maxime, « Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernant en 2021 des patients des grands pôles urbains » [[en ligne](#)], *DREES*, n° 1249, publié le 8 décembre 2022 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale>.

différence de prises en charge et d'interactions lors des demandes habituellement gérées par le SAMU, dans ce contexte particulier de début de pandémie. Les auteurs montrent l'adaptation nécessaire des médecins régulateurs pour la prise en charge de l'afflux d'appels et de l'inquiétude des appelants face à ce virus qui circulait déjà largement avant l'annonce du confinement.

Le troisième article, rédigé par Mélissa Blanchard, anthropologue et Roberta Derosas, éducatrice spécialisée et travailleuse sociale dans une association à Marseille, s'intéresse à l'impact de la pandémie et du premier confinement sur les pratiques professionnelles des travailleuses et travailleurs du sexe (TDS) à Marseille. Grâce à des enquêtes par téléphone, réalisées pendant le premier confinement, auprès de TDS majoritairement connu·e·s de l'association partenaire, les autrices décrivent les stratégies de réponse des TDS face à la crise et montrent de nombreux recours à la solidarité formelle et informelle.

Ces contributions, bien que décrivant des réalités sociales, des pratiques professionnelles et des localités différentes, démontrent l'adaptation incontournable et nécessaire des professionnels directement frappés par la pandémie. Qu'elles travaillent au contact des malades, des patients, des clients, ces personnes évoluent toutes dans un début de pandémie caractérisé par « l'improvisation et le bricolage »¹¹, aussi bien dans la prise en charge médicale que dans les risques individuels et collectifs face au virus. Il s'agit alors de mener ses activités en s'adaptant selon ses possibilités, ses connaissances, ses ressources, ses réseaux de solidarité, la perception de ses propres limites et vulnérabilités, tout en gérant son propre rapport au virus et aux restrictions imposées par le confinement. Ce deuxième numéro des *Cahiers de l'OPPEE* montre le riche apport des sciences sociales à la compréhension des adaptations individuelles et collectives, sociales et professionnelles des individus en temps de pandémie. Même si les périodes de confinement semblent désormais lointaines, certaines conditions de travail restent difficiles et nécessitent une perpétuelle adaptation face à d'autres crises (sociales, politiques, économiques) existantes ou à venir.

¹¹ VILLEMEN Aude, et SUAREZ William, « Les pratiques professionnelles au cœur de la crise dans la gestion de l'urgent : l'exemple de la crise du COVID-19 » [[en ligne](#)], *Psychologie du Travail et des Organisations*, publié le 24 novembre 2022 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://doi.org/10.1016/j.pto.2022.11.002>.

Bouleversement des pratiques des soignants face à la COVID-19 à Antananarivo, Madagascar

Chiarella MATTERN

*Docteure en anthropologie
Institut Pasteur de Madagascar (IMP)*

Sonia RAFIRINGA

*Coordinatrice de projet
Institut Pasteur de Madagascar (IMP)*

Sitraka RAFANOMEZANTSOA

*Assistante de coordination
Institut Pasteur de Madagascar (IMP)*

Introduction

La pandémie de COVID-19 a largement mis à l'épreuve les systèmes de santé et démontré les failles structurelles, concernant notamment les conditions d'exercice des professionnels de la santé. Les mesures des États se sont succédé pour y faire face : confinement, renforcement des capacités de dépistage, réquisition des professionnels de la santé, réorganisation des services, etc. Les défis pour le personnel soignant ont été nombreux : difficultés de prodiguer des soins dans un contexte d'urgence¹, difficultés liées au manque d'équipement et au plateau technique défaillant², gestion d'émotions contradictoires³, surcharge de travail et fatigue émotionnelle⁴.

¹ LIU Qian, LUO Dan, HAASE Joan, GUO Qiaohong, QIN WANG Xiao, LIU SHUO, XIA Lin, LIU Zhongchun, YANG Jiong et XIANG YANG Bing, « The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study », *The Lancet. Global health*, vol. 8, n° 6, 2020, p. 790-798.

² HSU Hsing-Chi, CHOU Hsin-Ju et TSENG Kai-Yu, « A Qualitative Study on the Care Experience of Emergency Department Nurses during the COVID-19 Pandemic », *Healthcare (Basel, Switzerland)*, vol. 9, 2021.

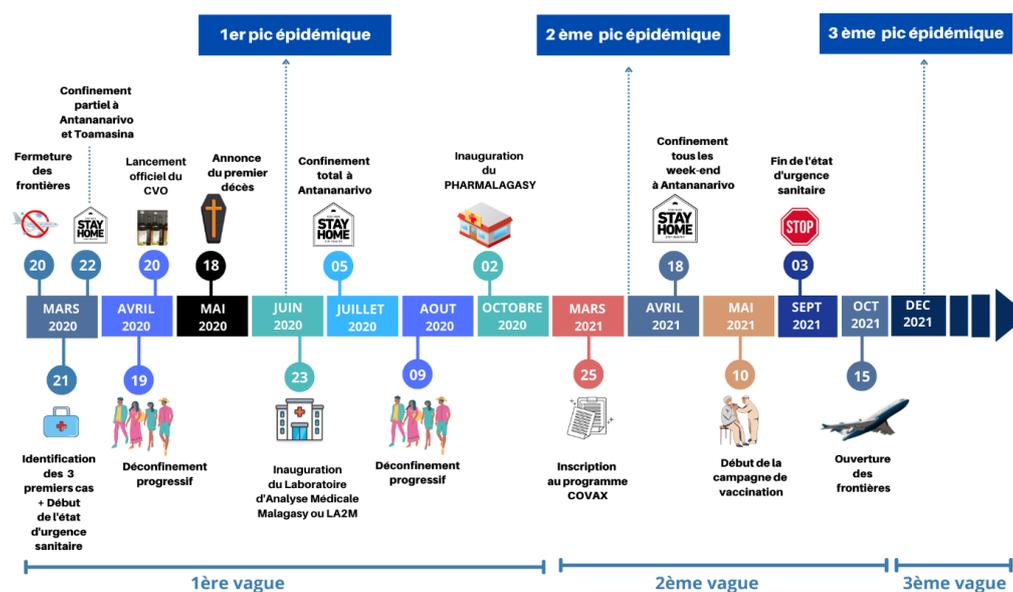
³ EL-HAGE Wissam, HINGRAY Coraline, LEMOGNE Cédric, YRONDI Antoine, BRUNAUT Paul, *et al.*, « Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? », *L'Encephale*, vol. 46, 2020.

⁴ SOUGOU Ndèye Marème, DIOUF Jean-Baptiste, DIALLO Amadou Amath et SECK Ibrahima, « Analyse des risques perçus des prestataires de santé en milieu hospitalier dans le cadre de la pandémie à COVID-19 : une étude qualitative dans le Centre Hospitalier Roi Baudouin de Guédiawaye, lors de la réception du 1^{er} cas communautaire du Sénégal », *The Pan African medical journal*, vol. 37, 2020.

La littérature internationale portant sur la capacité de résilience du personnel soignant dans le contexte de la COVID-19⁵ met en avant l'environnement inédit dans lequel ils déploient leurs pratiques de prise en charge et notamment la cadence continue de travail, l'insécurisation liée à la défaillance du plateau technique, l'isolement, le nombre inhabituel de décès. D'autre part, une grande partie des études portant sur les soignants ont été menées dans les pays occidentaux et asiatiques⁶ les résultats émergeant d'études conduites à Madagascar et dans d'autres pays partenaires du projet de recherche présenté ici ne sont pas publiés. Pourtant « il est crucial de privilégier une compréhension encastrée dans les particularités locales et régionales. La transposition des conclusions issues d'autres environnements peut s'avérer inadaptée en raison des différences au niveau des valeurs culturelles, des systèmes de santé et des structures institutionnelles »⁷.

Madagascar a été frappée par trois vagues épidémiques entre mars 2020 et février 2022.

Illustration 1 : Frise chronologique des vagues épidémiques à Madagascar entre mars 2020 et février 2022



Source : Sitraka RAFANOMEZANTSOA - Equipe SASS, IPM

⁵ FRIAS Cindy, CUZCO Cecilia, FRIAS MARTIN Carmen, PÉREZ-ORTEGA Silvia, TRIVIÑO LÓPEZ Joselyn et LOMBRAÑA Maria, « Resilience and emotional support in health care professionals during the COVID-19 pandemic », *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2020. CHEN Qiongni, LIANG Mining, LI Yamin, GUO Jincai, FEI Dongxue, WANG Ling, HE Li, SHENG Caihua, *et al.*, « Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak », *The Lancet Psychiatry*, 2020, p. 15-16. SANTARONE Kristen, MCKENNEY Mark, et ELKBULI Adel, « Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19 », *The American journal of emergency medicine*, vol. 38, n° 7, 2020.

⁶ DAHMANI Amira, « La résilience du personnel soignant à l'épreuve de la pandémie de COVID-19 : une étude dans un hôpital public en Tunisie », *Relations industrielles / Industrial Relations*, vol. 76, n° 2, 2021, p. 189–210.

⁷ DAHMANI Amira, « La résilience du personnel soignant à l'épreuve de la pandémie de COVID-19 : une étude dans un hôpital public en Tunisie », art. cit.

L'annonce de la fermeture des frontières se fait le 20 mars, un peu moins de deux mois avant que le premier décès dû à la COVID-19 ne soit déclaré. Un confinement est alors annoncé pour les deux grandes villes de l'île touchées par l'épidémie : Antananarivo et Toamasina (Tamatave). La première vague est marquée par l'afflux de dons⁸ d'équipements de protection individuelle, des centrifugeuses, des extracteurs d'acides nucléiques, de concentrateurs d'oxygène, de masques, de kits de tests et de médicaments. Durant cette période, des centaines de cas de coronavirus sont recensés par jour, auxquels s'additionnent des décès⁹ faisant de la capitale le premier *cluster* de l'épidémie¹⁰. La deuxième vague est sans conteste la plus meurtrière. Madagascar fait alors face à de nombreux défis structurels, notamment les manques d'intrants en santé, d'équipements, de ressources humaines et de capacité d'accueil. Cette seconde vague est également caractérisée par un afflux de patients plus jeunes dont l'état de santé progresse rapidement vers la forme grave¹¹, les exposant ainsi à un manque d'oxygène. Outre le manque d'oxygène, les autorités malgaches ont dû construire des cimetières dans l'urgence, à la suite du constat alarmant du nombre de décès : 194 décès officiels en un mois ; un chiffre largement sous-estimé, d'après des témoignages recueillis par France 24¹². À la suite de ces événements, les formations sanitaires sont dotées d'équipements. En parallèle, le Conseil des ministres a décidé de faire appel aux hôteliers de la capitale pour héberger en location les patients aux formes plus légères¹³.

Si certaines des mesures répondent aux recommandations d'institutions globales en santé, des dispositifs sont mis en place par le gouvernement Malagasy. La présidence organise le lancement officiel du CVO¹⁴, *tambavy*¹⁵ traditionnel comme remède contre la COVID-19, suivi trois mois après par l'inauguration d'un nouveau Laboratoire d'Analyse médicale malagasy. Quatre mois plus tard, Pharmalagasy voit le jour, une usine pharmaceutique qui valorise la pharmacopée ancestrale de Madagascar en développant à l'échelle industrielle

⁸ Ces dons provenaient entre autres de la Fondation Jack Ma, de l'ONG *Good Neighbors de la Corée du Sud*, de la République populaire de Chine, de la Mission Sagar et d'autres donateurs.

⁹ *Le Monde*, « COVID-19 : à Madagascar, la capitale retourne en confinement », publié le 05 juillet 2020 [consulté le 31 janvier 2023], URL : https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/07/05/covid-19-a-madagascar-la-capitale-retourne-en-confinement_6045271_3212.html

¹⁰ *RFI*, « Coronavirus à Madagascar : retour au confinement pour Antananarivo », publié le 05 juillet 2020 [consulté le 31 janvier 2023], URL : <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20200705-madagascar-coronavirus-reconfinement-antananarivo-0>

¹¹ *JeuneAfricaine*, « COVID à Madagascar : la guerre de l'oxygène », publié le 06 avril 2021 [consulté le 31 janvier 2023], URL : <https://www.jeuneafrique.com/1149861/politique/covid-a-madagascar-la-guerre-de-loxygene/>.

¹² *France 24*, « COVID-19 : l'oxygène manque à Madagascar, submergé par une seconde vague de malades », publié le 27 avril 2021 [consulté le 31 janvier 2023], URL : <https://www.france24.com/fr/afrique/20210427-covid-19-l-oxyg%C3%A8ne-manque-%C3%A0-madagascar-submerg%C3%A9-par-une-seconde-vague-de-malades>.

¹³ *RFI*, « COVID-19 à Madagascar : les hôtels appelés à la rescousse pour héberger des patients », publié le 09 avril 2021 [consulté le 31 janvier 2023], URL : <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20210409-covid-19-%C3%A0-madagascar-les-h%C3%B4tels-appel%C3%A9s-%C3%A0-la-rescousse-pour-h%C3%A9berger-des-patients>.

¹⁴ Le CVO est un remède traditionnel amélioré élaboré par l'IMRA (Institut Malagasy de Recherche Appliquée), composé d'Artemisia et de plantes médicinales malagasy.

¹⁵ Décoction ou infusion faite à partir de plantes médicinales. Tous les termes écrits en malgache seront sous format italique.

des remèdes traditionnels. En mars 2021, soit au moment de la seconde vague, Madagascar se rallie à l'initiative COVAX (*Covid-19 Vaccines Global Access*), pour un accès équitable à la vaccination contre le COVID-19, lancé par l'ONU et ses partenaires.

Cette crise sanitaire survient dans un contexte économique et politique caractérisé par des crises politiques récurrentes¹⁶, et accroît la fragilité du système de santé à Madagascar : insuffisance de ressources humaines au sein des formations sanitaires, vétusté des infrastructures et équipements sanitaires aggravée par les carences dans leur gestion et leur maintenance, mauvaise qualité de l'accueil et non-disponibilité ou retard d'approvisionnement des intrants en santé¹⁷.

C'est dans ce contexte que l'investigation multidisciplinaire de la pandémie COVID-19 en Afrique, nommée REPAIR, a été mise en place dans 10 pays africains membres du *Pasteur Network*. Les données présentées ici sont issues de la recherche qualitative conduite à Madagascar. À partir de l'analyse des pratiques des soignants, nous décrivons ici les défis rencontrés dans l'exercice de leur métier dans ce contexte inédit d'urgence. Plus particulièrement, nous proposerons une réflexion autour des nombreuses reconfigurations de leurs pratiques de soins face aux défis structurels imposés par l'épidémie, à travers le rapport à leur structure sanitaire, à leurs patients et à leur entourage, dans la gestion du risque de transmission.

Méthodologie

Objectif de l'étude qualitative REPAIR

L'objectif global de l'étude qualitative était de produire des données sur la compliance des populations et professionnels de santé face aux mesures de prévention prises par l'État. Il s'agissait également de recueillir leur vécu par rapport à la COVID-19 en général, et au dépistage par PCR. Cette étude qualitative a été implémentée dans 4 pays africains : la Tunisie, le Niger, la Côte d'Ivoire et Madagascar. Les données ont été collectées selon deux méthodologies : réalisation d'une veille médiatique afin d'élaborer une chronologie détaillée des principaux faits liés à la pandémie, et conduite d'entretiens semi-directifs afin de documenter le vécu et les expériences de trois populations face à la COVID-19 et au dépistage par PCR.

¹⁶ FREMIGACCI Jean, « Madagascar ou l'éternel retour de la crise », *Afrique contemporaine*, vol. 251, n° 3, 2014, p. 125-142.

¹⁷ MATTERN Chiarella et POURETTE Dolorès, « Défiance et défaillance : des stratégies en marge de l'offre de soins publique : recours aux matrones et au marché informel du médicament à Madagascar », dans Gaimard Maryse, Gateau Matthieu, Ribeyre Francis et Bichet Bernadette (dir.), *Vulnérabilités et territoires*, Paris, Kaïros, 2018, p. 197-214.

Population d'étude

L'étude s'est déroulée à Antananarivo, capitale de l'île et principal point de pénétration de la pandémie. Le choix des établissements et des professionnels de la santé à interviewer s'est fait à travers une liste d'établissements ayant envoyé leurs prélèvements pour PCR à l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM). Un total de 10 établissements a été sélectionné, dont 7 structures sanitaires publiques et 3 privées. Pour l'ensemble de l'étude, une totalité de 67 entretiens ont été réalisés : 30 entretiens avec des personnes testées, 12 en population générale et 25 avec des professionnels de la santé et techniciens en santé.

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques de l'échantillon N= 16	
Hommes	10
Femmes	6
Age	Entre 34 et 60 ans
Catégories socioprofessionnelle	15 médecins et 1 infirmière
Expérience professionnelle au sein de leurs établissements respectifs	Entre 3 ans et 21 ans
Statut familial	15 interviewés ont des conjoints et des enfants 1 interviewée est célibataire (religieuse)

Plus particulièrement, cet article porte sur 16 entretiens semi-directifs conduits avec les professionnels de la santé : 15 médecins et 1 infirmière¹⁸. Parmi ces 16 soignants, 14 ont participé à la prise en charge de la COVID-19. Le choix de ces professionnels de la santé a reposé sur leur implication et leur responsabilité par rapport à la COVID-19. Le lieu de résidence et d'exercice, l'âge, le sexe n'ont pas été des critères d'inclusion. Cette étude porte sur les deux premières vagues de l'épidémie, et exclusivement sur les résultats issus des entretiens avec le personnel de santé.

Outils mobilisés

Veille médiatique

La veille médiatique s'est étendue du 20 mars 2020 au mois de février 2022, soit la fin de la troisième vague. Les données ont été collectées majoritairement à partir d'articles de journaux en ligne (nationaux pour la plupart), de vidéos transcrites à partir de la page YouTube de la Présidence de

¹⁸ À travers le document, si la citation insérée ne précise pas le diplôme de l'interviewé, il s'agit d'un médecin.

Madagascar. Concernant le dépistage, des informations ont été tirées des *guidelines* de l'OMS, et complétées par des entretiens avec des responsables de l'unité de virologie de l'Institut Pasteur de Madagascar. Au total, 810 articles de presses nationales et internationales ont été recensés. À ces articles s'ajoutent 93 vidéos, qui ont été partiellement transcrites : vidéos des discours de la présidence et/ou toutes séquences vidéo de journaux télévisés liées à la COVID-19.

Recueil du vécu des professionnels de la santé

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un canevas regroupant des questions ouvertes, développé pour chaque personne cible. Les principales questions abordées avec les soignants concernent les impacts de la COVID-19 sur l'exercice de leur métier et les difficultés expérimentées dans la prise en charge des patients. Des questions de relance ont été posées à partir des réponses de l'interlocuteur de manière à approfondir le récit de l'interviewé tout en respectant la logique du récit.

Collecte de données

Les entretiens avec le personnel soignant et les techniciens ont été conduits d'octobre à décembre 2021. Des visites de courtoisie ont été planifiées au niveau des établissements concernés. Les responsables ont ensuite procédé à l'identification des participants suivant les critères énoncés par les chercheurs. Les participants ont été contactés par téléphone pour la prise de rendez-vous. La totalité des personnes contactées a accepté de participer à l'enquête, ce qui fait un taux d'acceptation de 100 %. Les interviews ont été menées en face à face, dans les bureaux respectifs des participants, tout en respectant les règles de distanciation sociale. Les conversations se déroulaient majoritairement en malagasy et duraient généralement une heure. La totalité des interviews a été enregistrée avec le consentement des participants. Pour rappel, nous ne traiterons ici que des deux premières vagues, à savoir de mars à juillet 2020 et de février à avril 2021.

Analyse des données

Les enregistrements ont été transcrits en malagasy puis traduits en français. Les données ont été anonymisées dès leur saisie à l'aide de codes et de noms fictifs ; la confidentialité des propos a été assurée. Seul un code d'identification a été affecté à chaque participant. Les données transcrites étaient analysées en utilisant la méthode d'analyse thématique transversale de manière à repérer dans tous les entretiens les récurrences et spécificités pour chaque thème étudié. Aucun logiciel d'analyse qualitative n'a été utilisé.

Résultats

Les résultats présentés ici viseront d'abord à décrire le contexte inédit d'exercice des soignants, caractérisé par l'incertitude face à la maladie et par le sentiment d'incapacité du système de santé à répondre à l'épidémie. Nous développerons ensuite 3 contraintes majeures auxquelles sont confrontés les soignants : le repositionnement des soignants par rapport au système de santé publique et les défis de la réponse, la mise à l'épreuve des interactions avec le patient et, enfin, l'adaptation du rapport des soignants à leur entourage.

Contexte d'exercice des soignants

Il est important de contextualiser nos résultats notamment au regard de la gestion des épisodes de COVID vécus par le personnel soignant lui-même. Comme nous le verrons, les défis structurels auxquels ils sont confrontés mettent largement les professionnels à l'épreuve, et les fragilisent.

Parmi les 16 soignants interviewés, 15 indiquent avoir été affectés par la COVID-19, majoritairement au cours de la seconde vague. Certains disent avoir été atteints à de multiples reprises. Parmi ces 15 soignants, 6 ont fait un test PCR pour confirmer leur positivité, les 10 autres attribuent les symptômes ressentis à un épisode de COVID-19, sans confirmation par dépistage. Ces soignants justifient la non-nécessité de dépistage par le côté univoque de leurs symptômes, par le contact rapproché quelques jours avant la survenue des signes avec un membre de l'entourage testé positif, ou par des gestes particulièrement « risqués » réalisés dans le cadre de leur exercice de soignant. À ce sujet, un soignant par exemple relate avoir échangé longuement dans une pièce confinée et peu aérée avec une patiente souffrant de problèmes respiratoires et refusant de porter le masque en raison de son manque de souffle. Concernant le dépistage, 1 sur les 6 qui a procédé à un test PCR a indiqué au moment du dépistage être un personnel de la santé et a pu donc passer en priorité, les autres ont suivi le parcours classique de dépistage, incluant une longue queue. Parmi les 15 soignants atteints, 7 ont été hospitalisés pour détresse respiratoire, saturation d'oxygène, forte fièvre et fatigue générale.

Une constante évolution du rapport des soignants à la maladie

La nature des défis et des contraintes de travail a varié à mesure de l'évolution de l'épidémie. Les soignants décrivent des difficultés propres à chacune des vagues et dépendantes de la formation sanitaire dans laquelle ils exercent. Lors de la première vague, les soignants témoignent de la peur, des incertitudes et appréhensions face à cette maladie dont ils suivent l'évolution à l'échelle internationale depuis leurs télévisions et internet. 2 des 16 soignants interviewés sont en séjour de travail en France au moment de l'annonce du premier cas à Madagascar. Ils témoignent des difficultés observées au sein de leur service hospitalier français dans la prise en charge des premiers cas de COVID-19, et appréhendent beaucoup la capacité de réponse du système de santé publique malagasy.

« Je venais d'un lieu bien organisé [hôpital en France] et possédait beaucoup de choses. On peut dire qu'il y avait plus de matériel, tout n'était pas disponible mais on peut dire qu'il y avait suffisamment de matériel pour travailler. Une fois arrivé ici, il y a eu des moments où j'étais en difficulté » (Homme, 34 ans, généraliste, structure publique).

« Notre hôpital n'est pas comparable aux hôpitaux qui sont à l'étranger. Il y a encore beaucoup d'imperfection au niveau des équipements. Les matériels de réanimation, les matériels pour que l'oxygène soit à fort débit. On utilise encore "le système du médecin" car on n'a pas un "optiflow"¹⁹ comme à l'étranger. On a un VNI²⁰, un seul, mais parfois on peut l'utiliser et parfois il est défectueux. Souvent on vit avec ce qu'on a » (Femme, 35 ans, généraliste, structure publique).

La préparation à la gestion des cas (formations du personnel de santé et organisation des services) semble débiter dans les formations sanitaires de la capitale au moment de l'annonce du premier cas. Jusque-là, les soignants indiquent que plusieurs *scénarii* sont discutés entre collègues, mais rien n'est mis en pratique. Les récits soulignent l'incapacité pour eux d'anticiper l'ampleur de l'impact de l'épidémie à Madagascar et les nombreux questionnements liés à l'arrivée de la COVID-19 qui en découlent. Ils soulignent également l'impréparation du système de santé malgré la survenue récente d'épidémies dans le pays, notamment la peste pulmonaire en 2017. Celle-ci a pourtant nécessité des mécanismes de riposte semblables à la mise en place d'un système de tracing, de tri et de gestion du risque de transmission au moment de la prise en charge. Les soignants déplorent un manque de capitalisation des leçons apprises lors de cette épidémie.

Au moment où une première vague touche l'Europe et que les évolutions de l'épidémie sont incertaines, les professionnels de la santé des formations sanitaires malagasy témoignent d'une grande appréhension face à l'arrivée de la maladie.

Incertitudes et manque de connaissances

L'incertitude est particulièrement décrite avant l'arrivée de l'épidémie et dans les premières semaines de circulation du virus à Madagascar. La crainte porte d'abord sur la nature des informations diffusées, sur la circulation de la maladie en Chine, puis en Italie : la mort et le sentiment de fin du monde.

« Ce qui m'a fait vraiment peur c'est qu'on ne savait rien de cette épidémie à ce moment-là [mars 2020]. D'après ce qu'on voyait à la télévision et sur internet, il y avait beaucoup de morts partout sur la route. On a pensé que c'était l'apocalypse » (Homme, 50 ans, chirurgien, structure publique).

¹⁹ L'*Optiflow* ou oxygénothérapie nasale à haut débit est un type d'[oxygénothérapie normobare](#) permettant de délivrer jusqu'à 60 L/min d'oxygène gazeux à un patient en [détresse respiratoire](#).

²⁰ La Ventilation Non Invasive ou VNI consiste à délivrer de l'air pressurisé grâce à un respirateur.

La méconnaissance porte majoritairement sur le comportement de l'agent pathogène et sur les solutions thérapeutiques requises pour la prise en charge des cas, non encore connus. Après la première vague, les variants se succèdent avec l'incertitude liée aux nouveaux symptômes qui pourraient être révélés par l'apparition de nouveaux variants du virus. Si certains soignants se disent « armés » et suffisamment formés en infectiologie (notamment sur les modalités de transmission de virus respiratoires et aux moyens pour s'en prémunir), une majorité craint l'inconnu.

Pour pallier ces manques de connaissances, des formations sont organisées, à la fois par les organisations internationales (ont été citées par exemple l'Organisation Mondiale de la Santé, ou Médecins du Monde), le ministère de la Santé publique de Madagascar, et les responsables d'établissements. Ces formations sont dispensées sur une base régulière (en moyenne deux formations par établissement ont été notées sur le temps de l'enquête), et cela dès le début de l'épidémie. Le contenu de la formation varie et porte d'abord sur la COVID-19 en général, puis sur le protocole de traitement, la prévention et le contrôle des infections (PCI), l'usage d'équipements de protection individuelle (EPI) et la gestion des décès. À ces formations se rajoutent des partages d'expériences entre soignants et présentent autant d'occasions de se conseiller mutuellement sur les cas rencontrés.

Outre le manque de connaissances, l'appréhension de l'incapacité pressentie du système de santé malagasy à faire face à l'épidémie est également décrite. Les soignants questionnent leur capacité à fournir de soins de qualité dans un contexte de hausse des patients et face aux nombreux défis structurels. L'ensemble de ces incertitudes présente un facteur de stress pour les soignants.

Les défis structurels de la réponse

Manque de matériel

Durant la première vague, l'État invite toute personne présentant des symptômes à prévenir un médecin et se rendre vers la formation sanitaire la plus proche. Cette première vague est caractérisée, d'après les soignants, par un afflux de patients symptomatiques et asymptomatiques, majoritairement des formes non sévères. La seconde vague, elle, est caractérisée par un afflux important de formes graves de la maladie et par un manque généralisé de matériel : médicaments, oxygène, équipements de protection, capacité d'accueil limitée et notamment trop faible nombre de lits de réanimation.

« Le manque d'oxygène fait partie des causes de décès. Parce que les patients avaient besoin d'oxygène, or il n'y en n'avait pas assez dans notre centre de santé. Ce n'est pas l'hôpital qui ne pouvait pas en acheter. Le problème était qu'il n'y avait plus rien à acheter, puisque l'État a tout pris, même les fournisseurs privés. [...] donc on devait choisir qui devait être intubé, ceux qui avaient un bon pronostic. On devait vivre avec le peu d'oxygène qu'on avait, cela veut dire que parfois, les gens n'avaient pas assez d'oxygène car on partageait le peu qu'on avait. Ceux qui supportaient le rythme de l'oxygène ont survécu. Les autres sont décédés. [...] Certains patients ramenaient leur propre bonbonne et on l'utilisait » (Femme, âge non mentionné, infirmière, structure privée).

Cet environnement crée un climat propice à la marchandisation de matériel supposé gratuit. Des interviewés évoquent notamment le détournement du matériel par des « agents d'appui » (le personnel en charge d'installer les bonbonnes d'oxygène). Un des exemples relatés porte sur le détournement de bouteilles d'oxygène, destinées à un patient et détournées vers un autre patient, ou revendues. Les soignants décrivent également un système de location de détendeurs et d'oxygène, de disparition de concentrateurs.

Des systèmes d'approvisionnements par l'État (pour les structures publiques) sont rapidement mis en place. Parallèlement, des initiatives personnelles sont développées pour pallier le manque de matériel : confection d'équipements en tissus à superposer pour assurer la protection, utilisation de blouses lavables, etc.

« C'est comme tout le monde, pendant la seconde vague on se protège soi-même. On ne peut pas compter sur l'État ou l'hôpital car nous savons tous que même à l'étranger, le stock de masques est épuisé » (Homme, 50 ans, chirurgien, structure publique).

Comme l'indique cet extrait, Madagascar traverse alors les mêmes défis en termes d'accès aux intrants en santé que d'autres pays. Le manque de matériel se fait rapidement sentir, à cause notamment des ruptures généralisées sur le marché mondial retardant l'approvisionnement et à la suite d'un manque de capacité à effectuer des commandes précises.

Fluctuations et mécompréhensions de la notion de gratuité des traitements

Les soignants décrivent donc un retard d'approvisionnement de médicaments, notamment des anticoagulants, des antibiotiques et des médicaments inclus dans le protocole de prise en charge de la COVID-19. Ils témoignent d'une évolution du protocole de gratuité des traitements de prise en charge de la COVID-19 au long de l'épidémie : quels médicaments sont gratuits dans quels établissements²¹, à quel moment de l'épidémie ? Cette nébuleuse autour de l'information sur la gratuité des traitements affecte les soignants.

En effet, si un patient veut avoir accès aux intrants en rupture au niveau des formations sanitaires publiques, il est invité à se les procurer en pharmacie. Avec les ruptures d'approvisionnement, ce qui était gratuit devient alors payant. Dans ce contexte, les messages émanant de l'État sur la gratuité des médicaments pour la prise en charge de la COVID-19 s'opposent à ce que les patients et leurs familles observent, et fait apparaître une contradiction entre la théorie énoncée par les médias, et la pratique à laquelle se confrontent les familles. Les soignants se trouvent pris au cœur de cette contradiction et sont rendus responsables du manque de transparence par les familles des malades.

²¹ Un package de « médicaments qui viennent de l'État » tels que décrits par les soignants reste le même durant les deux premières vagues : l'azithromycine, CVO, Vitamine C, chloroquine, magnésium B, zinc, paracétamol.

« Il arrive qu'on prescrive des médicaments qui ne sont pas disponibles au niveau de notre formation sanitaire, les gens doivent alors se les procurer par eux même. Une fois, une patiente a refusé d'acheter les médicaments en pharmacie sous prétexte que les médicaments contre la COVID-19 sont gratuits. Elle a porté plainte, en disant que le CSB [Centre de Santé de Base] fait de la corruption, qu'on vend les médicaments qui devaient être gratuits [...]. La patiente en question l'avait même posté sur Facebook, avec le nom de notre formation sanitaire » (Femme, 57 ans, cheffe de l'établissement, structure publique).

Cette gratuité théorique est interprétée comme des tentatives de corruption, que viennent renforcer certains messages circulant sur les réseaux sociaux autour de « polémiques » portant atteinte à la réputation des soignants. Face à cette situation, les soignants développent des stratégies pour se protéger : affichage pour annoncer la liste des médicaments en rupture, annonces orales aux patients qui font la queue, etc.

Les soignants déplorent également le manque de communication autour de la non-gratuité des médicaments pour la prise en charge des maladies associées : insuline, antihypertenseur, médicaments de réanimation comme l'adrénaline, etc.

« L'État ne prend pas en charge les cas spécifiques de COVID-19, par exemple dans le cas de personnes surinfectées, en insuffisance cardiaque avec des bases multirésistantes qui ne sont sensibles qu'à des molécules chères. [...] Si ces personnes ont besoin de carbapénèmes ou d'aminosides de classe élevée, ce sera à leur charge. Cela a souvent créé des polémiques par rapport à la prise en charge » (Homme, âge non mentionné, interniste, structure publique).

« La famille répète souvent : pourquoi ce n'est pas gratuit ? Alors on essaye de leur expliquer que le patient a une pathologie associée, et qu'ils doivent acheter des médicaments pour ça. [...] Souvent les gens ne comprennent pas ça et il y a du mécontentement. Ils croient que tout est gratuit quand ils rentrent ici » (Femme, 45 ans, réanimatrice, structure publique).

« Imaginez : le patient est en état de choc. Sa tension baisse et aussi sa fréquence cardiaque. Et on est obligés d'aller à la pharmacie d'*Ivandry*²² ou en ville pour en acheter. C'est seulement après qu'on revient ici avec le médicament. C'est une perte de temps, et après on ne peut plus rien faire. Les gens prennent cela pour une incompétence or, on n'a rien qui puisse les aider » (Femme, 35 ans, généraliste, structure publique).

Ces extraits démontrent d'abord les incompréhensions des patients et leurs familles auxquelles les soignants font face autour de la délimitation de ce qui est pris en charge s'agissant de la COVID-19. Ils soulignent également l'impuissance des soignants au moment d'une prise en charge compliquée, pour laquelle le patient n'aura pas les moyens de payer les traitements. Cela, couplé au manque de ressources humaines, a conduit de nombreux soignants à travailler dans un contexte d'importantes frustrations. Quand c'est le cas, un médecin généraliste issu d'une structure publique indique :

« Les gens finissent toujours par s'attaquer à nous. Il y avait des dysfonctionnements dans le domaine social, sur la prévention ou sur la prise en charge. [...] Et lorsqu'il y a des conséquences sur les malades il y aura toujours

²² Quartier d'Antananarivo.

des répercussions sur les soignants parce qu'ils ne pourront plus faire ce qu'ils doivent faire. Il y aura de lourds impacts psychologiques. [...] Tous les pays du monde ont vécu cela » (Homme, 34 ans, généraliste, structure publique).

Nombreux sont les soignants qui, dans le même sens que cet extrait d'entretien, indiquent une baisse de la qualité de la prise en charge (voire pas de prise en charge du tout, comme c'est le cas en situation de manque d'adrénaline ou d'oxygène). Finalement, c'est au soignant qu'on attribue l'échec de la prise en charge, sous couvert d'une prétendue incompétence.

Manque de ressources humaines et souffrance émotionnelle

L'ensemble des soignants s'accorde à dire que le second problème auquel ils ont été confrontés est le manque de personnel médical pour faire face aux afflux de patients pendant les périodes de pics épidémiques.

« Le personnel médical n'était pas suffisant. Il y avait une collègue sage-femme décédée de la Covid à la veille de sa retraite... D'autres soignants étaient absents car eux ou un membre de leur famille étaient atteints par la COVID. Alors cela entraîne un problème au niveau des ressources humaines. Nous étions clairement en sous-effectif » (Homme, 34 ans, généraliste, structure publique).

Les soignants témoignent du nombre élevé de soignants atteints de la COVID et écartés, de départs à la retraite anticipés pour les soignants dits « vulnérables », et de démissions de collègues face à la dureté des conditions de travail.

« Il y a eu pas mal de confrères qui ont démissionné ou qui prenaient des certificats médicaux pour "personnes fragiles". D'autres ont carrément refusé de participer » (Homme, 48 ans, généraliste, structure publique).

S'additionne à cela un manque de compétences et d'expérience décrits par certains, concernant spécifiquement la prise en charge médicale en contexte d'urgence. Un soignant note qu'une partie seulement des médecins et internes réquisitionnés se sont présentés sur leur lieu d'affectation. Tout cela a conduit à une surcharge de travail pour le personnel médical présent.

« Au moment de la deuxième vague, 3 des 6 médecins sont partis à la retraite. Parmi les 3 restants, un était vulnérable – sa mère était diabétique –, l'autre était en congé maladie pour une entorse au poignet. Il n'y avait donc plus que moi pour recevoir les malades. Pourtant, avec 90 malades par jour, j'ai tenu une semaine, mais la seconde semaine j'ai commencé à tousser. J'ai pris des médicaments tout en continuant à travailler car il n'y avait personne pour me remplacer. J'ai été testé négatif au PCR mais je toussais, je toussais, je commençais à m'étouffer. J'ai été hospitalisé car ça n'allait plus, je commençais à étouffer. Lorsque le docteur est rentré dans la chambre, j'ai dit que je ne pouvais plus descendre là-bas [dans son service], je n'en pouvais plus. J'ai été hospitalisé un mois » (Femme, 57 ans, cheffe de l'établissement, structure publique).

Comme l'indique cet extrait d'entretien, on signale au sein du personnel médical interviewé une augmentation de l'épuisement professionnel et des traumatismes qui ont conduit notamment à des démissions. Cette responsable d'établissement explique, par exemple, comment elle a dû faire face, seule, à un

afflux important de malades, l'exposant plus encore aux risques de contracter la maladie.

Outre le manque de personnel, la technicité des soins apportés aux malades, ainsi que les soins multiples requis dans certains cas a également été décrite : maladies opportunistes et facteurs de comorbidité, rapidité du passage vers un état sévère, soins quotidiens aux personnes hospitalisés sur de longues périodes, urgence de la prise en charge des cas graves, etc. L'un des soignants nous dit à ce propos :

« On faisait nous-mêmes leur toilette et tous les soins. On les retournait car ils avaient toujours une douleur. On les mettait sur le côté toutes les deux ou trois heures pour prévenir les escarres le plus tôt possible » (Femme, âge non mentionné, infirmière, structure privée).

« La COVID-19 est une maladie à plusieurs visages. Ce ne sont pas uniquement les poumons auxquels il faut faire attention, on doit faire une consultation complète. Mais le temps qu'on peut allouer à chaque patient n'est pas suffisant, ce qui diminue la qualité de la prise en charge. En plus le personnel est fatigué » (Femme, 35 ans, généraliste, structure publique).

La COVID-19, décrite par cette femme comme étant une « maladie à plusieurs visages », requiert des soins à prodiguer dans un contexte d'urgence, de manque de ressources humaines, et à risque de transmission. Cela a constitué un défi majeur pour la prise en charge.

À cela se rajoutent les situations de grande proximité avec le malade qu'induisent certains actes médicaux invasifs et à risque d'aérosolisation du virus : intubation, ventilation, prélèvement nasopharyngé, etc. La prise en charge de cas de COVID-19 a induit également un lien de proximité émotionnel avec les malades et les familles des malades, ainsi que la gestion des corps des personnes décédées. Enfin, le choix du patient à sauver s'est posé à Madagascar comme ailleurs.

« Je recevais beaucoup de gens qui faisaient la queue ici. Parfois je ne pouvais pas les recevoir. C'est ce qui était vraiment triste. Certains de nos patients étaient déjà dans le couloir. [...] C'était triste psychologiquement pour moi en tant que soignant. Ils me disaient qu'ils étaient déjà allés dans tous les endroits, mais qu'aucun ne pouvait les recevoir et qu'ils allaient rentrer et attendre que leur parent décède à la maison. [...] Pendant la deuxième vague, c'était dur de demander aux gens qui avaient du mal à respirer de partir, c'était dur, c'était dur. Dans 5 ou 10 minutes ces gens allaient mourir. C'était dur » (Homme, entre 50 et 60 ans, urgentiste, structure privée).

Le témoignage de cet urgentiste n'est pas anecdotique. Les conditions d'exercice sont décrites comme éprouvantes, et conduisent à un épuisement professionnel important. Si l'argument de la « vocation » est souvent avancé par les soignants comme donnant du sens à leur métier, les témoignages décrivant le découragement, l'impuissance et la souffrance face à la crise, sont nombreux.

Les soignants déplorent un manque de reconnaissances de l'État envers les professionnels de la santé. Ce manque se manifeste par le retard, voire l'inexistence, des indemnités/primes COVID-19. Dans la mesure où ces

dernières sont accordées, elles ne couvrent pas l'ensemble de la période de travail. De plus, la somme est perçue comme moindre comparée aux risques encourus dans l'exercice de leur métier. D'autres dénoncent une répartition non équitable des primes, du fait que certains services ont été délaissés par rapport à d'autres, alors qu'eux aussi avaient reçu des patients de la COVID-19.

« Les personnels médicaux travaillent vraiment très dur ! Même les agents de surface sont exposés à la COVID-19. Mais l'indemnité qu'on nous donne est vraiment très basse. Ce n'est vraiment rien » (Femme, 35 ans, généraliste, structure publique).

Ces conditions de travail ont conduit à un accroissement du niveau de stress, d'épuisement et dépression face au rythme de travail et à l'incertitude du lendemain. L'impuissance face à la souffrance des patients a eu un impact sur l'état psychologique des médecins. À ce propos, un médecin décrit le sentiment d'anxiété quotidienne, au moment de son arrivée à l'hôpital en ces termes : « que va-t-il arriver aujourd'hui encore ? », tandis qu'un autre qualifie cette expérience de « calvaire ».

Stratégies mises en place pour contourner ces difficultés

En réponse à la dotation insuffisante et inéquitable de personnels de santé au sein des formations sanitaires induisant un ratio soignant/patient très faible, on assiste tout d'abord à une réorganisation des services. À ce sujet, on a noté la réquisition de personnel et leur affectation dans les unités COVID-19, ainsi que l'implication des internes dans l'objectif de renforcer les unités dédiées. Certains soignants décrivent leur affectation à des contextes cliniques nouveaux, comme un pédiatre affecté à des services COVID, ou encore des médecins référents affectés en principe à la prise en charge et le suivi de patients vivant avec le VIH, réquisitionnés vers des centres de traitement COVID-19. Une autre illustration est celle d'une sage-femme, exerçant dans un CSB dans une commune rurale d'Antananarivo, et affectée aux prélèvements nasopharyngés à l'aéroport. Les soignants décrivent également la réorganisation des systèmes de garde, allant de pair avec une augmentation du nombre et de la durée des gardes, mais avec le maintien de jours de repos. Cependant, certains soignants occupant des postes à responsabilité (coordinateurs de services, « bed manager », etc.), ont indiqué s'être rendus disponibles 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 pendant les périodes de pics épidémiques.

Pour faire face à la surcharge de travail, certaines formations sanitaires ont procédé également au recrutement d'infirmiers externes pour s'occuper des personnels soignants atteints (apparu dans 2 entretiens : l'un l'a engagé à ses propres frais, l'autre engagé par l'hôpital). D'autres formations ont demandé des renforts au niveau des facultés de médecine : « les internes ont fait fonction de médecin » nous dit un médecin. Outre les aides extérieures mobilisées, les soignants témoignent d'une solidarité entre les équipes de prise en charge.

« On était en sous-effectif. C'était comme ça. On était peu nombreux parce qu'il y avait beaucoup de personnel qui avait changé de service. Il n'y a que des femmes et on se comporte comme des sœurs. On se disait que "si tu ne vas pas travailler,

comment vont aller celles qui restent ? Elles vont être fatiguées et après, ce sera comment ?” Il y a cette solidarité et on revient pour travailler, même si après 20 jours de convalescence COVID-19 j’étais encore fatiguée » (Femme, 45 ans, réanimatrice, structure publique).

Cette solidarité s’est notamment exprimée par un retour au travail rapide après les épisodes de COVID-19, afin d’éviter que d’autres collègues n’aient à porter la charge de leur absence. Au niveau individuel, certains soignants en surmenage ont fait la demande d’être affecté dans un autre service, comme c’est le cas par exemple d’une infirmière affectée au service réanimation d’une formation sanitaire : « On ne voyait que de la souffrance. Car dans les tours de garde de 24 heures on voyait beaucoup de décès ».

Conscientisation des difficultés du parcours de soins

Comme indiqué plus haut, 15 soignants sur 16 déclarent avoir été touchés par la COVID-19. À l’occasion de ces épisodes de maladie, ces soignants deviennent patients à leur tour, et font face à de nombreuses difficultés durant les différentes étapes de recherche de soins. Le récit suivant est révélateur des obstacles rencontrés par les soignants au moment de leur épisode de COVID :

« Pour le circuit de soins, il faut beaucoup de temps. Moi, en tant que personnel médical j’ai les moyens pour le faire. Mais pour les autres personnes, c’est absurde. Car on devait attendre 2 jours, 3 jours, 5 jours pour qu’on puisse faire la prise en charge. Qu’on puisse voir le médecin. Pourtant les symptômes se développent de plus en plus. Les signes de la personne se sont déjà développés. Et l’attente dans cette prise en charge peut être aussi une des raisons du décès de la personne. [...] et finalement on va toujours nous reprocher à nous, personnel de santé [le retard dans la prise en charge] [...], moi personnellement j’ai été pris en charge. Je veux dire que je n’ai pas payé les médicaments. Je me suis rendu compte que si la personne paie pour ce qu’on m’a fait, c’est normal si beaucoup de gens sont décédés parce qu’il ne serait pas possible pour tout le monde d’avoir un traitement complet pour pouvoir se soigner. Surtout, si c’est un cas grave, cela ne peut pas être fait par l’azithromycine qui est gratuit et tout ça qu’on distribue gratuitement » (Homme, 52 ans, urgentiste, structure publique).

Au même titre que ce médecin urgentiste, d’autres soignants témoignent des difficultés liées à leur prise en charge : attente longue pour le dépistage et pour la prise en charge, manque de clarté sur la gratuité des soins, poids économique lourd lié à la prise en charge des maladies associées à la COVID, et manque de prise en charge adaptée aux particularités du patient (un seul protocole alors que différentes formes de COVID-19).

« Pour chaque examen j’ai dû payer, j’ai payé le bilan, j’ai payé pour le scanner. Je ne sais pas si c’est dans la loi mais j’ai payé. Mais on devrait revoir cela, car moi j’avais de l’argent mais s’il s’agit d’une personne qui n’a pas d’argent que fera-t-elle ? La personne ne sait pas marcher, ne peut pas travailler, elle ne sait rien faire ! On devrait pouvoir faire les examens [gratuitement] si c’est nécessaire » (Femme, 57 ans, cheffe de l’établissement, structure publique).

« J’ai fait un épisode de COVID-19 qui s’est aggravé. J’ai dû faire un bilan et on a dû m’injecter des anticoagulants, j’étais aussi toujours hospitalisé et sous oxygène. Je continuais d’avoir des problèmes de respiration et mon pouls est monté à 120, 130 [...]. J’ai dû faire une échographie cardiaque. C’est là qu’on a

fait un épanchement cardiaque, qu'on a traité avec des médicaments. C'est l'une des raisons pour lesquelles j'ai eu du retard pour faire la kiné respiratoire, parce que malgré ces traitements effectués, le problème respiratoire n'était pas résolu. J'ai eu besoin d'oxygène pendant presque un mois et demi. [...] Heureusement qu'en tant qu'employé de l'hôpital, tout était pris en charge. Sinon, je n'aurais jamais pu payer » (Homme, 50 ans, chirurgien, structure publique).

L'expérience du fardeau économique lourd lié à l'hospitalisation, et la survenue de complications d'une maladie, permet la prise de conscience et la reconnaissance par les soignants des difficultés qui jalonnent le parcours de recherche de soins à Madagascar, exacerbées par le contexte d'urgence si l'état de santé est grave. Les participants posent notamment la question des frais uniques, ou d'un protocole unique, liés à la prise en charge d'une pathologie, qui ne tiendrait pas du tout compte des capacités financières du patient.

« La COVID-19 c'est nouveau, vous ne devez pas être figé et dire "Prenez trois jours de repos". Car le nombre de jours nécessaires pour se remettre dépend de la personne. Moi j'ai dit "si vous voulez me renvoyer, renvoyez-moi ! Je ne peux même pas monter et descendre les escaliers. Je ne peux pas travailler !" Il faudrait plus tenir compte du droit de la personne dans la prise en charge, il faut la voir de manière générale. Ce n'est pas vraiment logique ce que nous avons vécu là » (Femme, 57 ans, cheffe de l'établissement, structure publique).

Certains soignants se sont confrontés à des supérieurs récalcitrants quant à l'octroi de temps de repos, et à un manque de reconnaissance, par leurs responsables, de la prise de risque journalière des soignants dans leur exercice de leurs fonctions.

Bouleversement du rapport à l'extérieur : mesures de prévention pour éviter la transmission

Outre les défis liés à la gestion médicale de la crise tels que décrits plus haut, les interviewés indiquent que l'épidémie a déstabilisé le rapport à leur entourage à travers le besoin d'éviter de contracter la maladie. Ce besoin est justifié par l'ensemble des soignants par la peur de contaminer leurs proches. Au respect des mesures instaurées par leurs établissements (port de l'EPI, gestes d'hygiène, etc.) s'ajoutent alors des mesures prises par initiative individuelle.

Mesures mécaniques et d'évitement de contacts

L'ensemble des soignants indique avoir respecté scrupuleusement les gestes barrières : port du masque et de l'équipement de protection individuel, distanciation sociale, lavage des mains. Un ensemble d'autres règles sont mises en place, pour rompre la chaîne de transmission ou, en tout cas, en limiter le risque entre leur lieu de travail et leur domicile.

« Les mesures sont marrantes car je me déshabillais dans la cour. Je téléphone quand je suis près de la maison, avant d'arriver. Mes enfants mettent les vêtements que je dois mettre dans la cour, je dois passer par une petite bassine avec de l'eau

de javel pour mes chaussures puis par une douche » (Femme, 45 ans, réanimatrice, structure publique).

D'autres pratiques sont décrites : dormir avec un « cache bouche » ou le doubler, mise en place au niveau de leur service d'un espace d'habillage et de déshabillage, désinfecter le sac à main, le téléphone ou tout autre matériel utilisé à la fois sur les lieux de travail et à domicile. À ces mesures se rajoute la diminution des interactions avec l'entourage. Certains soignants décident d'envoyer leurs enfants chez les grands-parents, de loger à l'hôpital, de suspendre les visites à la famille et d'éviter les regroupements. Les durées de ces mesures varient de quelques jours à plusieurs mois.

« C'était nouveau pour nous de ne pas se rencontrer que ce soit durant les fêtes, durant les moments de joie et même durant les moments de deuil. C'est pourtant important d'être ensemble ou de s'encourager. [...] il y avait une diminution des interactions sociales, aussi parce que j'avais moins de temps et pendant mon temps libre je voulais me reposer. Pendant cette période, on compensait par plusieurs appels téléphoniques » (Homme, 34 ans, généraliste, structure publique).

Malgré les nombreuses sollicitations dont ils font l'objet, les soignants qui exercent en temps normal à domicile, décident de suspendre ce type de consultations (chez eux ou au domicile du patient), mais continuent de dispenser des conseils par téléphone à leur patientèle, ou leur entourage.

Le renforcement de l'immunité fait également partie des stratégies adoptées par les soignants : prise de fortifiants (vitamine C), inhalations de feuilles d'eucalyptus, de *ravintsara*, *kinim-potsy* et de *mandravaratro*, consommation de tisanes miel citron gingembre (qui ont conduit à une non-disponibilité ou rareté de ces produits sur les marchés), cures de CVO acheté en grande surface ou reçu au niveau des quartiers ou de ED1²³. Ces mesures ne sont pas appliquées en continu : elles sont respectées en contexte d'afflux des patients et sont suspendues quand une baisse des cas est observée dans les services. Elles reprennent au moment de l'augmentation des cas.

L'ensemble de ces mesures a été prise par le personnel soignant dans un contexte de crainte de la transmission, et par volonté de protéger leur entourage. À ce sujet, les interviewés évoquent que leur rôle de soignant a suscité des attitudes de rejet de la part de leur entourage. Ils décrivent également la culpabilité qu'ils ressentent d'exposer leur famille à la maladie.

Crainte de la transmission : entre rejet et culpabilité

Une majorité des soignants interrogés partagent des résidences communes avec d'autres membres de la famille, notamment des parents, des frères et sœurs. S'ils ont des habitations séparées, ils partagent des espaces communs : une entrée, une cour extérieure, ce qui implique la peur de « ramener le virus à la maison », et induit la prise collective des mesures décrites ci-dessus.

²³ Le ED1 est un remède traditionnel et amélioré découvert par le Dr Edmond Rakotomalala.

« Tout au long de l'épidémie, ce qui me faisait peur en tant que réanimateur, c'était de transmettre la maladie au niveau de mon foyer. [...] parce qu'on habite à côté de nos parents et on avait peur car ils sont âgés. Si par malheur ils sont infectés par la maladie, on va avoir des reproches que c'est moi qui leur ai transmis. J'avais peur d'amener la maladie à ma famille » (Femme, 45 ans, réanimatrice, structure publique).

Cette exposition au virus a conduit certains à rompre les liens sociaux de leur propre initiative ou à la demande explicite de l'entourage, à s'isoler ou être isolé et mis à l'écart.

« Pendant les deux premières vagues de l'épidémie, notre entourage ne voulait vraiment pas nous rendre visite. [...] Les gens avaient vraiment peur de nous à ce moment-là. À un moment mes enfants étaient malades, les gens ne voulaient vraiment pas de moi, même ceux en qui j'avais confiance. On nous considérait comme des biologistes qui faisaient des prélèvements. On a été un peu repoussés, les gens ont peur des biologistes qui ont participé aux prélèvements. [...] Une ambulance venait me chercher tous les jours pour aller faire des prélèvements, ils avaient peur qu'on amène la COVID-19 » (Homme, 36 ans, généraliste, structure publique).

Cette crainte peut être renforcée dans deux cas : lorsque l'entourage du soignant est considéré comme vulnérable face à la maladie (âge, facteurs de comorbidité), et/ou quand les gestes pratiqués par le soignant sont considérés comme « à risques ». Dans le cas de l'entretien ci-dessus par exemple, le médecin définit le prélèvement comme un geste à risque, selon la compréhension de son entourage. Cet extrait évoque un autre élément avancé par les interviewés comme participant largement à leur « mise à l'écart » : la visibilité de leur implication dans la crise COVID à travers des ambulances, ou équipes clairement identifiées comme participant à la lutte de par l'équipement de protection individuelle qu'ils revêtent, par exemple. Ces pratiques ont été prises en compte dans la riposte, et ont été suspendues vers la fin de la première vague, afin d'éviter la mise à l'écart des personnes concernées.

La gestion d'un épisode de COVID-19 dont ils s'attribuent la cause, ou se voient attribuer la responsabilité par l'entourage, a été source de grande souffrance pour certains, comme le décrit le médecin généraliste dans l'extrait ci-dessous :

« Mes parents sont décédés du COVID-19. Cela a aggravé la discrimination par mon entourage, j'étais [désigné comme] responsable. Alors que mes parents n'habitaient pas près de chez nous. L'un est décédé d'un AVC, et l'autre était déjà malade avant la COVID-19. Pour le cas de mon père, c'était pendant la première vague, et pour ma mère pendant la seconde vague. Les gens ont toujours pensé que, comme je soigne des cas de COVID-19... c'était la raison. C'était ce qu'il y avait de préoccupant, c'était un calvaire » (Homme, 48 ans, généraliste, structure publique).

Si le contexte particulier de la COVID-19 a mis à mal les rapports du soignant à son entourage, il a également contribué à bouleverser sa relation au patient.

Mise à l'épreuve de la relation au patient

Les moments de basculement

Les soignants décrivent un contexte de peur, de distanciation face aux malades, le patient est alors vu comme source de contamination. Un soignant raconte la prise en charge des patients asymptomatiques hospitalisés durant la première vague :

« Ce qui m'a distingué par rapport à mes collègues c'est que je n'avais pas peur, même au début. J'entrais dans la salle, je parlais aux malades en respectant la distanciation. La plupart des soignants restaient à la porte. [...] Les patients disaient alors que c'était la première fois qu'un docteur leur parlait, qu'ils rencontraient des problèmes notamment pour se nourrir car personne ne voulait prendre l'argent pour la nourriture alors qu'ils avaient faim. On le faisait passer par la fenêtre, on le lavait avec du gel [le billet] » (Homme, 48 ans, généraliste, structure publique).

Cette peur peut survenir après un épisode grave de COVID-19, duquel le soignant s'est difficilement remis, comme c'est le cas pour ce soignant :

« Maintenant je reste souvent dans mon bureau, je me promène moins pour consulter les patients dans le service, je fais un autoconfinement au sein de mon service » (Homme, 50 ans, chirurgien, structure publique).

Comme l'indiquent ces deux extraits d'entretiens, la peur se traduit par l'usage de moyens drastiques d'évitement du malade (autoconfinement dont parle le second extrait), ou de protection (lavage des billets avec du gel hydroalcoolique). Cette peur est renforcée au moment de l'insuffisance des moyens de protection dont disposent les professionnels de la santé.

Le décès de confrères marque les récits d'une grande partie des soignants interrogés. Les décès décrits surviennent après des semaines d'exercice dans un contexte d'épuisement et de surcharge de travail. Les soignants indiquent s'être « pourtant bien protégés », mais finissent par tomber malades les uns après les autres. Le décès marque la fin de certains parcours de soins de soignants, atteints des formes graves de la maladie.

« Au moment où il y avait un médecin atteint de la maladie, c'est là qu'on a vraiment réalisé l'ampleur de la gravité de la maladie car on a tout mis en œuvre pour le sauver, mais après 15 jours il est décédé, après une rechute. Sur 15 soignants, tous ont été malades. Et trois ou quatre ont eu des formes graves. C'est là qu'on a réalisé que c'est une maladie grave, car elle est contagieuse, et elle peut être fatale » (Homme, 54 ans, généraliste, structure publique).

La perte de collègues constitue un moment de basculement dans la prise de conscience de la gravité de la maladie, de leur vulnérabilité face aux risques induits par leur relation aux malades.

Sentiment de « bout de chaîne »

La relation au patient oscille entre intégration du risque de la relation au malade (et usage de matériel de protection), et sentiment de découragement face à la normalisation de la maladie par les patients et en milieu communautaire. Les soignants ressentent une opposition entre sacrifice et sentiment de « bout de chaîne » : les patients arrivent trop tard au niveau de la formation sanitaire, ils sont le dernier recours. Ce sacrifice passe notamment par la diminution des interactions sociales, l'éloignement des familles comme décrit plus haut.

« Pendant la deuxième vague, tout le monde croyait tout savoir sur tout et faisait de l'automédication ou allait chez les tradipraticiens ou les médecins non expérimentés. Certains avaient déjà des problèmes d'estomac, mais on leur administrait quand même des antibiotiques. D'autres patients se sont déjà fait traiter pendant 7, 10, 15 jours, voire un mois avant de se faire hospitaliser suite à l'échec de leur traitement et les complications de leur état de santé » (Homme, 48 ans, généraliste, structure publique).

« Habituellement, personne ne vient à l'hôpital s'il se sent encore bien. C'est parce qu'ils sont à bout de souffle, qu'ils sont très fatigués, qu'ils viennent. Alors on regarde la saturation du patient, et là on voit que la saturation est vraiment effondrée. C'est en regardant la saturation qu'on découvre que c'est une COVID-19 » (Homme, 54 ans, généraliste, structure publique).

Asymétrie du savoir quant à la maladie

Avec l'évolution rapide des savoirs scientifiques sur la maladie et le manque de références claires, la relation soignant/soigné fondée habituellement sur l'asymétrie d'accès à l'information se trouve déstabilisée en temps de COVID-19. Alors qu'habituellement le corps médical détient l'information, les données scientifiques, tandis que le patient connaît de manière expérientielle sa maladie, dans le cadre de cette épidémie, la connaissance n'est plus détenue par quiconque. Dans les premiers temps de l'épidémie, les médecins ignorent les risques liés à cet agent pathogène. Des connaissances et une expérience itérative se développent alors, des pratiques apprises « sur le tas », dans un contexte de multiplication des cas pris en charge par les soignants. Le partage du savoir médical, amplement facilité par l'accès à l'information sur Internet, est aujourd'hui la règle ; les patients plus ou moins experts s'approprient leur maladie, s'imposent de plus en plus comme acteurs de santé. Au minimum, le système de soins invite donc les médecins et les malades à se situer dans une relation d'égalité.

Conclusion

La COVID vient cristalliser les maux déjà décrits dont souffre le système de soins à Madagascar²⁴ depuis plusieurs décennies. Si certains défis apparaissent sans rupture avec l'« avant épidémie », ou constituent un renforcement des contraintes, difficultés connues précédemment, certains sont caractéristiques de l'exercice du « care » en contexte d'urgence. En effet, les défis qui caractérisent l'environnement de travail en contexte épidémique, tels que décrits par les soignants, reposent tout d'abord sur des contraintes physiques : courtes pauses, gardes longues, posture debout, technicité des soins à apporter, distance à parcourir entre les différents services, cadence rapide de travail, etc. Mais notre article décrit également le poids émotionnel et la charge psychologique liés à la pratique : dépression et démission, isolement, rejet, culpabilité, suspension des relations sociales, absence d'équilibre avec la vie familiale, non-reconnaissance formelle des efforts fournis et absence de gratification de la part de l'État notamment. « Ils ne donnent que des miettes aux soignants », comme l'indique la responsable d'un établissement public.

Dans ce contexte, on observe un bouleversement des pratiques des soignants à trois niveaux : reconfiguration de leur rapport au système de santé malgache et remise en question de leur engagement, face à la dégradation de leurs conditions de travail et au manque de matériel de protection. Ensuite, nous mettons en évidence le bouleversement de leur rapport à l'« extérieur », à savoir avec leur famille et leur entourage, marqués par la méfiance et l'adversité, ainsi que par la gestion du risque pour se protéger. Enfin, nous questionnons aussi les impacts de la COVID-19 sur la relation au patient, largement éprouvée et oscillant entre empathie et découragement face aux attitudes dilettantes de la population générale. Nos résultats mettent en avant un changement dans les interactions avec les patients, caractérisés par une incertitude partagée, « personne ne sait rien ». En filigrane, face à un contexte caractérisé par l'impuissance, l'incertitude et l'anxiété, les soignants ont été vus contraints plus que de coutume d'assurer les aspects « care » du soin, dont la technicité est rendue plus aigüe encore, du fait de la nature des soins à prodiguer et les soins relevant du « cure », incluant les dimensions émotionnelles et psychosociales. L'approche et la dimension par le « care » a cependant ses limites, car « elle ne considère pas suffisamment les conditions par lesquelles le sujet est capable de l'assurer pour soi-même »²⁵.

Enfin, nous souhaitons terminer cet article par des recommandations formulées par les personnes interviewées pour répondre à la question « qu'est-ce qui aurait pu être mieux fait ? ». Ces recommandations portent sur deux axes : le renforcement d'un point de vue structurel tout d'abord, avec l'augmentation du personnel dédié à la gestion et à la prise en charge de la COVID-19, la limitation du retard en approvisionnement en médicaments, la meilleure gestion

²⁴ MESTRE Claire, « Misère des relations soignants-soignés dans un hôpital malgache », dans Pourette Dolorès, Mattern Chiarella, Bellas Cabane Christine, et Ravololomanga Bodo, *Femmes, enfants et santé à Madagascar, approches anthropologiques comparées*, Paris, L'Harmattan, 2018, p. 57-70.

²⁵ ROBIN Florence, « Quelques réflexions sur la souffrance des soignants français dans la crise sanitaire du COVID-19 », *PSN*, vol. 18, n° 3, 2020, p. 107-113.

des PCR, notamment le rendu des résultats, plus de transparence autour de la gratuité des traitements de prise en charge de la COVID-19, augmentation de la capacité de réanimation. Les soignants déplorent un manque de préparation de l'épidémie et suggèrent : « On ne doit pas attendre que le mets brûle pour ouvrir la marmite ». Un autre suggère : « Il faudrait faire des revues après actions. Car on doit déjà faire face à de nouvelles difficultés alors que les anciennes ne sont toujours pas résolues ». Par-là, ils invitent notamment à mieux tenir compte des soignants, à les appuyer et les prioriser dans les efforts de protection. Le second axe porte sur les aspects humains. Les soignants invitent à la mise en place d'un soutien psychologique pour les soignants. De nombreuses solutions, ou stratégies de « survie », décrites plus haut, ont été mises en place à l'initiative des soignants ou des services, le souhait de voir ces solutions plus « structurelles » émanant d'en haut afin de soulager le travail des soignants a été largement énoncé par les participants. La prise en compte de ces divers éléments pourrait augmenter la résilience des soignants²⁶. Enfin, ils revendiquent le paiement et l'augmentation de leur indemnisation car, pour le moment, en plus d'être irrégulière, celle-ci est moindre. Comme le prouve la littérature sur la gestion du risque par les soignants et leur résilience face aux nombreux défis présentés par la pandémie de COVID-19, la préservation de « la santé mentale et psychologique des soignants est une responsabilité nationale, et un déterminant de la qualité de la chaîne de soins et de l'efficacité du système de santé »²⁷.

²⁶ DAHMANI Amira, « La résilience du personnel soignant à l'épreuve de la pandémie de COVID-19 : une étude dans un hôpital public en Tunisie », art. cit., p. 189-210.

²⁷ MEHTA Darshan, PEREZ Giselle, TRAEGER Lara, PARK Elyse, GOLDMAN Roberta, HAIME Vivian, CHITTENDEN Eva, DENNINGER John et JACKSON Vicki, « Building resiliency in a palliative care team: a pilot study », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 51, n° 3, 2016, p. 604-608. SANTARONE Kristen, MCKENNEY Mark, et ELKBULI Adel, « Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19 », art. cit., p. 1530.

Informer, rassurer et décider : les incertitudes en temps de pandémie, lors de « la première vague » Covid-19 au SAMU

François GIRAUD

Médecin SAMU, Saint-Étienne

Bruno BONU

Maître de conférences

Université Montpellier 3

Sous le prisme d'une interaction bouleversée : une organisation institutionnelle sollicitée

Le Covid-19 est « hyperscalaire », présent et agissant à la fois et en même temps, actif synchroniquement à toutes les échelles où le micro-organisme assure sa viabilité. L'entité non humaine du virus opère simultanément sur tous les niveaux de la vie humaine avec une portée inconnue auparavant¹. La focalisation requise par la demande politique et citoyenne est nationale et quantitative, tandis que la pandémie est à la fois globale et scalaire, avec des temporalités courtes et de longue portée, dans un croisement entre les impacts sur la vie quotidienne et l'universalité de ses effets². Mais, sortir de ce « nationalisme » nécessite des connaissances empiriques, épistémiques et analytiques de différentes régions du monde, pleinement ancrées dans une réalité à la fois locale, nationale, régionale et mondiale. Cette préconisation d'une attention multidimensionnelle aux situations pandémiques, rencontre l'une des branches de l'Analyse de Conversation (AC) qui développe ses travaux sur l'*Institutional talk*. De manière réflexive elle examine dans une même perspective, les contextes et les interactions qui « réalisent » ou « accomplissent » les institutions « en temps réel »³.

¹ Comme nous l'apprennent les géographes : LUSSAULT Michel, « Chroniques de Géo'virale » [vidéographie], YouTube, mise en ligne le 23 mars 2021 [consultée le 26 janvier 2023], URL : <https://www.youtube.com/watch?v=hMVvw2nZGxM>.

² PLEYERS Geoffrey, « A plea for global sociology in times of the coronavirus » [en ligne], *ISA Digital Platform*, publié en avril 2020 [consulté le 26 janvier 2023], URL : <https://www.fmsh.fr/sites/default/files/files/Coronavirus%20%26%20social%20sciences%20ISA%20Geoffrey%20Pleyers%203.pdf>.

³ Par exemple : HERITAGE John et CLAYMAN Steven, *Talk in Action: Interactions, Identities, and Institutions*, Oxford, Wiley-Blackwell, 2010. Nous développons plus longuement cette thématique dans BONU Bruno et GIRAUD François, « Humanités Numériques, *Telecare* et Interaction, lors de la pandémie », *Relations disciplinaires, adaptations méthodologiques, nouvelles analyses*, Séminaire organisé par LHUMAIN, 2022.

Dans ce sens, nous examinons l'urgence « en train de se faire » lors d'un événement pandémique. Ces interactions sont rendues possibles par une organisation flexible qui adapte les outils interactionnels habituels à disposition des participants (médecins ou profanes) au contexte exceptionnel de crise. Ces instruments appelés « procédures » (en AC) ont à la fois une dépendance du contexte (donc une adaptabilité situationnelle) et une transversalité (utilisables dans des activités différentes). On peut alors observer un même « outil » conversationnel employé (par exemple le récit, des formes de questionnement, des listes, ou encore des séquences à trois tours⁴, dans différents cadres d'activité comme un commissariat de police, une école ou un centre d'appels d'urgence).

Dans les séquences analysées, l'attention (*the care*) pour la personne (ici, requérant⁵ ou confrère) est matérialisée par l'information donnée dans le cours de l'échange est explicitée dans les appels sortant vers les requérants. Notamment, l'attention pour la détection des cas urgents va de pair avec une grande tolérance vis-à-vis des symptômes considérés autrement comme anodins. Les réponses aux demandes d'information sont circonstanciées. Les échanges sur les pratiques professionnelles entre confrères n'auraient peut-être pas lieu, dans un autre état informationnel. Le corpus enregistré le dimanche 15 mars 2020 dans la « Cellule Covid » du SAMU de Saint-Étienne, lors de la toute première vague pandémique, nous offre la possibilité d'analyser, dans deux séquences interactionnelles, les dimensions suivantes :

- les équilibres épistémiques dynamiques et changeants (dans un cadre de sous-information sur la pathologie virale en cours) entre appelants profanes et médecins (Séquence 1), et entre praticiens eux-mêmes (Séquence 2) ;
- la restructuration organisationnelle des pratiques des professionnels en relation réflexive avec l'agencement des interactions au sein des appels dans la « Cellule Covid » ;
- le traitement d'une situation pandémique au moyen de l'entretien clinique téléphonique ;
- la manifestation de l'attention (par des formes différenciées du *care*) vers les requérants et vers les confrères ;
- la stabilisation collaborative spécifique de l'avis du médecin.

Après avoir explicité les éléments organisationnels qui serviront pour comprendre les interactions, appartenant à ce corpus spécifique, nous esquisserons des éléments méthodologiques qui soutiennent à la fois les pratiques de recherche (enregistrement et transcription) et l'analyse des actions conversationnelles dans leur déroulement temporel.

⁴ Sur l'adaptabilité de ce type de séquences, voir DEVILLA Lorenzo et BONU Bruno, « Le traitement interactionnel des objets de la connaissance en milieu contraint : enjeux discursifs et interactionnels », *Travaux neuchâtelois de linguistique*, vol. 76, n° 1, 2022, p. 87-112.

⁵ Cette catégorie est utilisée par les médecins urgentistes, avec celle de « demandeur ». Elle est donc « endogène », mais asymétrique, puisqu'elle n'est pas, à notre connaissance, utilisée par les appelants eux-mêmes.

Une situation de crise

Le Système de Secours Français repose sur le principe spécifique de la Régulation Médicale. Tout appel à caractère médical fait l'objet d'une expertise médicale selon un protocole stabilisé, dans les pratiques routinières professionnelles. Chaque appel au 15, numéro national et gratuit, est décroché dans un Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) rattaché au Service d'aide médicale urgente (SAMU) départemental et abrité dans le service hospitalier du même nom. L'appel est immédiatement traité par un Auxiliaire de régulation médicale (ARM) dont la mission consiste, à l'aide d'un questionnaire rapide et succinct, à effectuer le tri entre les Urgences « Vraies » et celles qui sont « Ressenties ».

Les appels relevant des premières sont immédiatement transférés à un médecin régulateur urgentiste hospitalier qui approfondit l'interrogatoire pour décider des moyens à mettre en œuvre sans délai (médecin de Garde, ambulance privée, ambulance pompiers, équipe du Service mobile d'urgence et de réanimation, SMUR). Les autres appels, relevant de la Permanence de soins (PDS), sont mis dans la file d'attente des demandes auxquelles un médecin régulateur généraliste libéral en mission de service public apportera la réponse la plus adaptée (conseil médical, ambulance privée, médecin de garde).

Ce système, bien rodé, a été mis à mal lors de la crise qui a suivi l'arrivée du Coronavirus sur le territoire national. Pour exemple, le CRRA du SAMU de Saint-Étienne a vu son nombre d'appels quotidien tripler, passant de huit cents à près de trois mille, dès le début du mois de mars 2020. Cela a conduit à la création rapide d'une cellule de crise COVID annexée au CRRA et destinée à soulager le système des appels relevant de la COVID. Il s'agissait d'un « standard bis » constitué d'un.e ARM ou d'un.e secrétaire médicale et de deux médecins chargés de gérer cette situation d'exception. La procédure consistait à rappeler « à tête reposée » les personnes qui se questionnaient sur la conduite à tenir face à certains symptômes ou certaines situations en relation avec cette maladie émergente. Ces appelants avaient fait l'objet d'une liste, dressée « au fil de l'eau », par les ARM colligeant tous les appels en lien avec le Coronavirus afin de désengorger rapidement les lignes réservées par principe aux Urgences.

Le rôle des médecins consistait essentiellement à appliquer des procédures, dictées par l'Autorité Sanitaire, évolutives au jour le jour en fonction des ressources et des connaissances⁶. Il s'agissait, dans une démarche de Santé Publique plus de protéger la population et l'offre de soins de la diffusion rapide du virus que de proposer des traitements, alors inexistantes. La mission des Médecins référents COVID dans cette Cellule de crise présentait, dans ce contexte, une double originalité :

- c'est le médecin qui rappelait le patient et établissait ainsi un échange équilibré et avec une connaissance superficielle de l'objet de la demande ;
- les connaissances scientifiques stabilisées du moment sur le virus spécifique n'étaient guère plus approfondies que celles diffusées alors à grand renfort de médias et souvent déjà connues des appelants.

⁶ À ce moment de la crise, les tests n'étaient proposés qu'aux catégories énoncées par le MR dans la Séquence 1, plus bas.

Ces caractéristiques impactent fortement le type de ressources interactionnelles mobilisées par les participants. Notamment, dans l'échange entre deux professionnels que nous allons analyser, ce cadre interprétatif complexe prend une signification particulière. Après avoir présenté l'orientation méthodologique spécifique de l'article, nous déploierons ici l'analyse interactionnelle. Elle éclairera les ajustements et adaptations des professionnels de santé à la crise épidémique.

Méthodologie pour un corpus de « crise »

La recherche est fondée principalement sur des données sonores enregistrées dans le centre de réception et de régulation des appels du SAMU de Saint-Étienne. Ces interactions représentent une véritable « Sonde » historique⁷ : d'attentes, connaissances et pratiques, saisies en temps réel. La méthodologie déployée dans ce cadre est structurée autour de « dispositifs de découverte ». Ces derniers participent autant que les choix techniques d'enregistrement à la « construction des données ». Les données secondaires des transcriptions détaillées impliquant le verbal et le sonore complètent la « construction » commencée par l'enregistrement. L'ensemble du dispositif contribue au maintien d'une orientation d'observation naturaliste sur la constitution endogène des actions conversationnelles, véhiculées dans les tours de parole, définis comme les interventions continues d'un seul locuteur dont la compréhension est rendue visible par l'interlocuteur dans les tours suivants. La « séquentialité » est analysée dans cette étude.

Habituellement, dans les entretiens préalables à l'enquête, les informations données par les interviewés pointent des aspects parfois inconnus pour les chercheurs, mais fondamentaux pour les praticiens. Ces éléments de connaissance orientent les observations à venir et rendent sensibles les chercheurs à des éléments organisationnels potentiellement pertinents dans l'interaction. Dans ce sens, on parle de « dispositif de mise en visibilité » nécessaire pour le pointage d'éléments pertinents. L'entretien accomplit aussi le rôle de « dispositif de vérification » (post-analytique), puisqu'il confirme (ou infirme) que les cadres d'analyse sont corrects. Plus spécifiquement, dans le cas du « C15 Covid de Saint-Étienne », il faut souligner que les échanges informels et entretiens avec le Docteur Giraud accomplissent un rôle de proposition et d'aiguillage constant qui représentent, dès le départ, une véritable collaboration et aboutissent parfois, à une écriture commune, comme dans le texte présent. La vérification se mue donc en coopération et dialogue continu et les deux expertises appariées bâtissent la présente recherche.

⁷ L'orientation historique des données conversationnelles a déjà été exploitée, par exemple : HERITAGE John et CLAYMAN Steven, « The changing tenor of questioning over time: Tracking a question form across US presidential news conferences, 1953–2000 », *Journalism Practice*, vol. 7, n° 4, 2013, p. 481-501. Cette thématique interdisciplinaire pourra être développée ultérieurement.

Le Médecin Régulateur (MR) appelle le Requéran (R)

Nous ne présentons pas de manière exhaustive les bouleversements interactionnels que le travail de « *talk as work* » de l'urgence téléphonique subit dans un renversement profond des actions et des droits et obligations dans le déroulement des activités. Mais, nous analyserons ici, au milieu d'un appel, une séquence où le médecin est interrogé, de manière inhabituelle, sur les critères de réalisation d'un test par le « copain » de R1 (un second interlocuteur, ligne 65 Séquence 1 Image 01, R2). Après la décision d'appeler et l'explicitation du motif de l'appel, équivalant souvent à la demande de l'appelant et au premier, et fréquemment unique, thème de l'échange, l'appelant perd en général l'initiative interactionnelle, au profit du médecin, à la suite de l'ouverture. Ce dernier ouvre des séquences interrogatives pour mener à bien son enquête téléphonique clinique. Nous allons, en revanche, centrer notre examen sur un changement d'interlocuteur qui se place avant la clôture définitive de l'appel de R1 motivé par des suspicions de Covid, auxquelles le médecin régulateur (MR) vient de répondre. À la fois R1 et la prise de la parole de R2 montrent que le questionnement de ce dernier vient de manière impromptue dans une place séquentielle « mal placée », accompagnée ainsi de préfaces dans les deux tours de parole (de R1 : ligne 65 et surtout de R2 : ligne 71)⁸.

65. R1 : >attendez< il y a mo::n(-) >copain qui veut vous< ↓parler↓
66. MR : (-)↑ah↑ >d'accord<
67. x : (inaudible + la question à un homme)
68. R1 : >oui oui< ↓attendez↓
69. R2 : (--)>oui bonsoir<=
70. MR : =oui, bonsoir monsieur=
71. * R2 : =bonsoir (.) bonsoir >une petite question< qui n'a ri- (-)
72. qui n'a rien à voir ↓si↓ (.)Δeuh comment on peut faire pourΔ se
73. faire dépister en fait (-)comment ça se passe
74. * MR : Δil faut répondre à trois critères,Δ
75. >le premier c'est d'avoir une détresse de la respiration<,
76. MR : >le deu[xième] c'est d'être un professionnel de santé<&
77. * R2 : [no<]
78. MR : &(-)et le troisième c'est d'avoir
79. soixante-dix ans ou des problème::s (-) de::
80. c-qu'on appelle les comorbidités> donc de problèmes
81. de santé complémentaire< comme le diabète
82. comme l'insuffisance [cardiaque], l'infarctus,&
83. * R2 : [ah bah non]
84. MR : &ou autre chose (inaudible)
85. R2 : donc il n'y a pas n'y a pas besoin de le faire alors
86. MR : non(.) >de toute façon vous ne pourriez pas le faire,
87. (.)puisque c'est sur prescription médicale
88. il faut marquer le motif médical du test.
89. R2 : d'accord (.) d'accord
90. >on pouvait le faire comme ça pas pour Δs'amuserΔ
91. mais je veux dire< pour&
92. MR : non non
93. R2 : & en prévention
94. MR : non non non on ne fait pas non
95. on ne fait pas en prévention non euh (.) voilà...

⁸ SCHEGLOFF Emanuel, et Sacks HARVEY, « Opening up closings », *Semiotica*, vol. 8, 1973, p. 289-327.

Les questions de R2 (dans la Séquence 1) viennent après la formulation de l'information/diagnostic et visent à clarifier des termes, à pointer des actions et des démarches à venir, selon les instructions de l'Autorité Sanitaire, « plus ou moins claires »⁹. Elles sont orientées sur une perspective qui concerne l'éventualité et les populations concernées à ce moment précis de la pratique du test viral. Or, la question du second interlocuteur vise certes à contrôler les possibilités de test pour lui (et peut être pour sa famille), mais l'interrogation est formulée sur les principes applicables à chaque cas, « le problème et ses caractéristiques ». Néanmoins, chaque fois, R2 répond comme à une question de contrôle (l. 77 et 83), avec des négations, aux critères énoncés, montrant ainsi une orientation vers « moi et mon cas »¹⁰. Les deux premières occurrences sont en chevauchement (parenthèses carrées, voir conventions de transcription, *Annexes*, l. 77 et 83) puisque MR est orienté vers l'énonciation de la liste dans son ensemble (l. 85) et non pas dans une activité de contrôle de chaque critère, comme son interlocuteur.

Si, sur les connaissances inhérentes au virus spécifique actif, les médecins n'ont pas beaucoup plus d'informations que les appelants, ils sont en revanche informés par l'Autorité Sanitaire des principes qui régissent notamment les activités de test. La configuration épistémique inédite produit alors des actions inattendues comme celle de l'explicitation détaillée des principes organisateurs et des actions du travail des médecins. Ce renversement interactionnel met en place et construit une forme nouvelle « d'attention à autrui » (*care*) que les médecins déploient dans ces circonstances. Ainsi la reconfiguration des pratiques professionnelles s'accompagne d'un changement du type du *Telecare* : « Il était nécessaire d'improviser sur pratiquement chaque appel pour formater une réponse à la fois fondée sur un plan sanitaire et entendable par une population inquiète sur la situation »¹¹. C'est le cas aussi entre praticiens, dans la séquence suivante.

Le Médecin Urgentiste (MU) appelle son confrère le Médecin Régulateur (MR)

Cet appel est motivé, développé et clos sur une trajectoire particulière¹². Si un échange qu'on pourrait appeler « entre confrères » avec des orientations vers la « confirmation d'hypothèse » et « l'inscription institutionnelle » peut se produire dans toute situation d'urgence (il n'est pas inhabituel qu'un tiers appartenant aux professions sanitaires appelle pour un patient, voire pour des conseils), l'interaction en examen est particulièrement centrée sur l'explicitation

⁹ Intervention du Docteur François Giraud *Work Shop* itinérant en Analyse de Conversation, tenu à Montpellier le 15 novembre 2021 (désormais DFG).

¹⁰ GAIL Jefferson et LEE John, « The rejection of advice: Managing the problematic convergence of a “troubles-telling” and a “service encounter” », *Journal of pragmatics*, vol. 5, n° 5, 1981, p. 399-422. Il faut rappeler que le nombre de tests disponibles était restreint au moment de la production de ces appels. Par ailleurs, les médecins tentaient d'éviter l'arrivée dans les hôpitaux, de porteurs du virus.

¹¹ (DFG).

¹² Sa spécificité est donnée aussi par sa durée chronologique. Du moment que l'ARM décroche, au début de l'échange entre MU et MR passent presque huit minutes. L'appel dans son ensemble a une durée d'à peu près dix minutes, un temps long dans la temporalité du travail des médecins.

d'aspects du raisonnement mis en évidence à l'occasion de la crise sanitaire. De ce fait, elle met en évidence des dimensions problématiques qui restent presque toujours implicites dans l'échange patient – médecin et entre médecins, en temps non pandémiques. Plus spécifiquement, l'analyse met en évidence que la confirmation de l'avis du MU est préparée, produite et continuée par les premiers éléments d'accord du MR.

Le MU après avoir échangé avec l'auxiliaire de régulation médicale est mis en relation avec le MR. Les procédures utilisées par l'appelant sont semblables bien que plus développées que dans l'appel préliminaire précédent (non reproduit ici). De ce fait, nous présenterons une analyse détaillée de la partie de l'appel entre le MU et le MR. Ces procédures traitent séquentiellement trois problèmes qui semblent se poser aux interlocuteurs :

- **l'adéquation de l'appel** dans un cadre sanitaire exceptionnel (= *comment l'appel a pris naissance ? et pourquoi maintenant ?* l. 23*-28) ;
- **la présentation d'un cadre symptomatique** relevant d'un cas de comorbidité avec une suspicion de Covid (= *c'est quoi le problème ?* l. 28*-40) ;
- **la projection d'actions du MU** éventuelles, mais non souhaitées, à venir (= *qu'est-ce que je dois faire que je n'ai pas encore fait ?* l. 40*-46).

21. MU: hhh >↑allô↑<
 22. MR: oui >françois giraud< bonjour
 23. MU: >↑oui↑< bonjour. c'est (inaudible) aux urgences (.)
 24. du parc euh:: je (m) suis permis d'appeler le le 15
 25. hhh eh:uh: je pou >au sujet d'un jeune homme< là
 26. j'ai appelé l'infectiologue et les service
 27. d'infectiologie m'a demandé >hhh< de vous contacter
 28. 08:17 MU: à votre demande c'est un:: c'est >un patient de
 29. vingtdeux ans< qui e:st fébrile depui::s (.)
 30. >quarante-huit< heures. hhhh huhum de °faço:n°
 31. (-)>isolée< (.)ah pas de douleur abdo, pas de
 32. signes urinaires, pas de toux (.) >rien de
 33. particulier< (-)hhh eh: simplement le souci
 34. eh bon >il a déjà fait la grippe< c'est pas
 35. la ↓grippe↓ il est sous (umira) injectable
 36. 08:37 tous les quinze jours en sous-cutané. >pour< un
 37. ↓crohn↓ (-)donc [euh::]je suis un petit peu sur un&
 38. MR: [↑ouais<]
 39. MU: &terrain de comor↑bidity↑< (.) c'est bien toléré(.)il
 40. va ↓bien↓ (.) ma questionehu. est (.) est-ce que je
 41. change >par rapport< à ma conduite à tenir est-ce
 42. que j'en fais plu::s=
 43. MR: =a priori ↓non↓
 44. MU: >hhh< (.) >ouais< m moi je serais tenté de pas en
 45. faire plus mais je voulais avoir quand même avoi:r
 46. (.)>voilà<

Le premier problème est traité de la l. 23 à la l. 28. La première Unité de Construction de Tour (UCT)¹³ est consacrée à la réponse à la première identification¹⁴. Elle est limitée au prénom et au nom du médecin, sans mention de sa fonction spécifique dans la « Cellule Covid » du SAMU de Saint-Étienne considérée connue par le praticien appelant, ou pas encore pertinente à ce moment de l'interaction. En revanche, le médecin urgentiste rajoute à son nom (que l'on peut à peine entendre) la mention de son service, ainsi que le lieu de son exercice, une clinique privée. Il préface (en l. 24) ainsi la suite de cette partie du tour (l. 25-28) qui explique la genèse de l'appel, pas sa raison. On peut dire qu'ici le MU se focalise sur la constitution progressive de la demande à venir, sous la forme d'un parcours narratif, plus que sur l'explicitation du motif de l'appel¹⁵. Cela montre que le service d'infectiologie normalement habilité pour ces pathologies renvoie le MU et son cas vers le SAMU respectant ainsi le circuit procédural institutionnalisé dans le contexte pandémique spécifique, d'un enregistrement de l'échange et d'un archivage du cas.

La personne qui fait l'objet de l'appel est caractérisée par son appartenance à une classe d'âge (« un jeune homme », l. 25), comme personnage servant de « fil rouge »¹⁶ de cette prémisse narrative et pas, au moins pour l'instant, en tant que patient porteur d'une pathologie digne d'attention, information implicite à ce point. Le récit est constitué avec l'élimination de son point de départ, l'examen du patient potentiellement infecté qui occupera la seconde partie du tour, puisqu'est reconstruite ici exclusivement la formation de la motivation de l'appel au SAMU et plus spécifiquement, à la cellule d'urgence. Dans ce sens, Harvey Sacks¹⁷ a plus particulièrement isolé deux formes principales d'organisation temporelle de la narration. La première concerne un ordre chronologique linéaire, la seconde implique des sauts temporels. Ces deux types d'organisation opèrent sur un éventail d'événements de manière telle que leur agencement paraît plausible. Pour l'AC, cette direction de recherche implique une manière particulière de

¹³ L'UCT est un élément de production du tour de parole qui peut, mais pas obligatoirement, constituer un tour complet. Le Tour est alors une entité dynamique toujours potentiellement récursive. Des « pratiques d'actions » sont produites avec des éléments multidimensionnels, verbaux et sonores. Une séquence est une suite d'au moins deux tours avec des relations de dépendance (comme la Paire Adjacente dont une des classes est formée par l'appariement Question-Réponse). L'épisode est un segment d'activité où l'attention et la participation sont focalisées de manière partagée par les participants pour un certain temps (SCHEGLOFF Emanuel, « Turn organization: one intersection of grammar and interaction », *Interaction and grammar*, vol. 13, 1996, p. 52-133).

¹⁴ Dans les appels C15 « habituels » l'appelant n'est que rarement identifié, ou parfois sous une forme relationnelle, au moyen d'une association : « ma femme a une crise... », par son rattachement catégoriel. Le primo décrocheur, l'ARM s'identifie systématiquement par son appartenance catégorielle : « SAMU », suivi parfois par le lieu. Le décrochage est précédé par une annonce qui permet au minimum de confirmer à l'appelant qu'il est dans le bon service.

¹⁵ On sait aussi que le motif correspond (accompagné ou pas par la demande) au premier (et souvent unique) thème dans les appels SAMU. Il est produit très rapidement, que l'appelant soit un profane ou un praticien. De plus, il n'est pas exclu que le profane qui appelle manifeste des doutes lui-même, sur l'adéquation de son appel en termes de niveau de gravité. Il semble beaucoup plus rare qu'un tiers praticien, préface de cette manière, en commençant par le parcours organisationnel entrepris par le patient.

¹⁶ SACKS Harvey, « Lectures on conversation: 2 Volumes », Malden, Blackwell, 1992.

¹⁷ SACKS Harvey, « Some technical considerations of a dirty joke », dans Schenkein Jim (dir.), *Studies in the organization of conversational interaction*, New York, Academic Press, 1978, 249-269.

conceptualiser le récit et de saisir les relations entre les composantes narratives, ainsi que ses implications séquentielles, à l'intérieur d'un tour ou dans de configurations de plusieurs tours.

Le mini-récit, auto-initié par le MU de l'organisation sanitaire en temps de crise « en train de se faire », se déroule en deux épisodes temporellement consécutifs¹⁸, les appels au service d'infectiologie et à la « Cellule Covid », à la demande d'un médecin, membre de la première entité¹⁹. L'adéquation de l'appel à la suite de l'examen d'un patient, à l'aune du moment sanitaire « exceptionnel »²⁰ est ainsi traitée : cela participe et élabore en temps réel, le cadre interprétatif mobilisé dans l'échange lors de reconfigurations sévères des pratiques professionnelles de soins d'urgence.

Néanmoins, l'appel partiellement justifié par un parcours organisationnel doit encore être motivé et le questionnement explicité. La seconde partie du tour de parole du MU (à partir de la l. 28) présente le motif correspondant au thème principal. Il occupera les séquences successives de l'interaction entre les deux confrères. La seconde partie du tour de parole s'ouvre par une UCT qui opère plusieurs actions. D'abord c'est l'action définitoire qui nomme plus précisément en catégorisant à nouveau le rôle du patient dans le parcours de prise en charge, en relation à la partie narrative : « un » jeune homme devient ainsi un patient avec un âge précis : « c'est un patient de vingt-deux ans » (l. 29). Le développement de l'exposition du cadre symptomatique procède à l'élimination successive de possibilités autour de l'hypothèse de l'apparition d'un cadre viral, non grippal (le patient a déjà eu la grippe). Ce qui rend plausible l'infection virale à la Covid-19. Cette hypothèse est potentiellement aggravée par l'existence d'une comorbidité (l. 37) et l'annonce de la « maladie de Crohn » provoque un accusé de réception (>ouais< l. 38) de la part du MR. Ce dernier locuteur traite donc cette information produite au tout début de la nouvelle UCT du MU comme pertinente et sensible. Mais la comorbidité n'implique pas en elle-même une situation pathologique problématique²¹.

Une fois ces points présentés, traités et évalués, il reste un troisième problème du point de vue de l'appelant : la conduite à tenir de sa part. La construction du tour n'est pas présentée comme projetant des options binaires opposées et symétriques : « ma question est (.) est-ce que je change >par rapport< à ma conduite à tenir est-ce que j'en fais plu::s= ». L'intervention précédente de MU est utilisée comme antécédente à la question, elle-même composée de deux UCT que nous venons d'évoquer. Ce tour change le degré de généralité de la question (du général au particulier) et constitue un élément qui

¹⁸ Cela correspond à la définition de récit de LABOV William et KIHM Alain (trad.), *Le parler ordinaire : la langue dans les ghettos noirs des États-Unis*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1978.

¹⁹ Le segment « à votre demande » (l. 28) n'est pas traité explicitement dans l'interaction. Il rappelle en fait de manière imprécise la demande générique de l'institution hospitalière (le CHU), de faire passer les appels « Covid », par le Centre 15 et sa « Cellule de crise ».

²⁰ Merci à Heike Baldauf Quilliatre pour cette suggestion sur la « fabrication de la dimension inhabituelle de la situation ».

²¹ Les maladies immunodéficientes ne sont pas inscrites dans la liste, au moment de la production de ces appels, des pathologies soumises systématiquement à test (DFG).

contraste avec tout ce qui précède²². Il souligne ainsi le caractère central de cette action conversationnelle²³.

Cette deuxième action anticipe une réponse favorable projetée (l. 40-42) sur « ma conduite à tenir ». La réponse du MR est immédiate (enchaînée à l'élément qui précède, =, l. 42-43) courte, mais à un niveau d'accord « franc », attendu « =a priori ↓non↓ » (MR, l. 43). Ce niveau est traité dans le tour suivant comme autorisant un développement thématique, dans le sens d'un avis positif à la décision de MU (exprimant l'intention de « pas en faire plus », l. 44-45). C'est donc la résolution du problème concernant l'organisation du parcours de prise en charge qui est projetée dans la séquence examinée ici. Elle est constituée de deux dimensions : la projection de l'accord du confrère MR sur l'opportunité du test, dans le cas d'une maladie chronique et de la traçabilité de l'appariement entre la demande d'avis (préfacé de manière élaborée à partir de la l. 25) et l'accord exprimé par le régulateur.

L'une des conséquences de ce flou épistémologique aussi bien chez les appelants qu'auprès des praticiens (en moindre mesure) sur ce type de virus, bien que le cadre des autres pathologies virales soit connu, c'est le besoin de l'inscription de la décision du MU, corroboré par celle du MR, dans l'enregistrement de l'appel, pratique systématique du SAMU et connue, au moins par les professionnels de l'urgence. La décision montre en outre un équilibre épistémologique entre les deux praticiens²⁴. De plus, une preuve « médico-légale » est ainsi constituée, si un problème devait apparaître dans le temps²⁵ : « La création par le médecin d'une histoire médicale à partir d'un entretien demande une intégration de multiples micro-événements complexes permettant de produire des résumés utilisables pour les inférences macro relatives aux classes de patients et aux catégories nosographiques. Ces activités reflètent la question plus générale de la compréhension du discours, des récits ou des données textuelles²⁶ ». Cela est l'une des formes d'historicité que les données soumises à examen font apparaître.

²² L'orientation des procédures déployées dans le raisonnement du MU doit être examinée dans une perspective contrastive. Nous ne pouvons pas développer cette piste analytique ici, faute de place : DEPPERMAN Arnulf, « Conversational interpretation of lexical items and conversational contrasting », dans Hakulinen Auli et Selting Margret (dir.), *Syntax and lexis in conversation. Studies on the use of linguistic resources in talk-in-interaction*, Amsterdam, Benjamins, 2005, p. 289-317.

²³ Merci à Christian Licoppe de nous avoir suggéré cette observation.

²⁴ HERITAGE John, « The epistemic engine: Sequence organization and territories of knowledge », *Research on Language & Social Interaction*, vol. 45, n° 1, 2012, p. 30-52.

²⁵ (DFG). POMERANTZ Anita, « Giving a source or basis: The practice in conversation of telling "how I know" », *Journal of pragmatics*, vol. 8, n° 5-6, 1984, p. 607-625.

²⁶ CICOUREL Aaron Victor, « Micro-processus et macro-structures » [[en ligne](http://journals.openedition.org/sociologies/2432)], *SociologieS*, publié le 29 octobre 2008 [consulté le 26 janvier 2023], URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/2432>.

Conclusions

Pour comprendre et adapter nos recherches à la crise pandémique, nous avons besoin d'emprunter des pistes méthodologiques dans des formes inédites de collaboration entre disciplines. Ce défi peut être relevé avec des corpus multidimensionnels comme celui de la « Cellule Covid du SAMU de Saint-Étienne ». On interrogera alors les temporalités, les épistémologies, les attentes et les procédures situées utilisées par les participants à l'interaction. L'interdisciplinarité inhérente à l'écriture de ce texte esquisse une contribution partielle, mais significative à cette entreprise.

Annexe : Conventions de transcription 1/3

	Passage de la parole
[]	Les énoncés en chevauchement
&	Continuation d'un même tour de parole
=	Enchaînement rapide entre deux tours de locuteurs différents
[/{	pour différencier : chevauchements v/s conversations en parallèle

Annexe : Conventions de transcription 2/3

	Production du tour
(--)	Les intervalles à l'intérieur et entre les énoncés (tirets en fonction de la longueur)
(.)	courte pause
::	extension de son (points en fonction de la longueur)
hhh	Inspirations audibles (caractères en fonction de la longueur)
•hhh	Expirations (caractères en fonction de la longueur)
,	Des virgules entre les lettres pour les sigles
H	Grand rire audible (aussi dans un mot)
h	petit rire audible (aussi dans un mot)
ha, he, hi	rire
ɛ	sourire dans la voix
↵	son métallique dans la voix provoqué par le dispositif de communication
^	liaison entre deux mots
ta	Coup de langue

Annexe : Conventions de transcription 3/3

Intonation et Autres conventions

Δ	Volume montant
∇	Volume descendant
↑le mien↑	Intonation montante
↓le mien↓	Intonation descendante
	Signes de ponctuation pour des phénomènes moins marqués que pour l'utilisation des flèches :
.	Un point indique une intonation descendante, pas nécessairement la fin d'une phrase
,	Une virgule indique une intonation continue, pas forcément les propositions de phrase
?	Un point d'interrogation indique une inflexion croissante et pas obligatoirement une question
?,	Un point d'interrogation combiné à une virgule désigne une intonation croissante mais plus faible que celle signalée par le point d'interrogation
!	Un point d'exclamation indique un ton animé et pas inévitablement une exclamation
<u>le mien</u>	L'emphase est signalée par le soulignement
°le mien°	Passage de la conversation plus calme que la conversation en cours
>le mien<	Rythme plus rapide que la conversation en cours
	Autres conventions
((toux))	description d'un phénomène auquel le transcripteur ne souhaite s'attaquer
(inaudible + hypothèse) →	Les incertitudes du transcripteur
...	Les lignes de transcription où le phénomène examiné survient sont fréquemment indiquées par des flèches dans la marge de gauche, dans une colonne spécialisée.
.	Les points à l'horizontale indiquent que l'énoncé a été rapporté seulement en partie
.	Les points à la verticale indiquent que les tours intervenant dans la conversation ont été omis dans l'extrait

Les travailleuses et travailleurs du sexe à Marseille au temps du premier confinement : stratégies de réponse et réseaux de solidarité

Mélissa BLANCHARD

*Chargée de recherche
CNRS, Centre Norbert Elias*

Roberta DEROSAS

*Éducatrice spécialisée
Cheffe de service à
l'Association Autres Regards*

De nombreuses enquêtes ont montré que la crise sanitaire et économique liée à la pandémie de la Covid-19 a eu des répercussions sévères sur les conditions de vie des populations les plus vulnérables¹. Dans un ouvrage qui s'appuie sur les résultats d'une enquête longitudinale menée par l'Ined², Anne Lambert et Joanie Cayouette-Remblière montrent qu'au cours du premier confinement, imposé en France au printemps 2020, les plus pauvres et les personnes vivant en situation de précarité avant la pandémie ont payé un prix bien plus élevé, en termes de pertes économiques et de bien-être psychosocial, que les classes moyennes et aisées³. La pandémie a exacerbé la différence de traitement que le système de protection sociale réserve aux populations vulnérables, comme les migrants irréguliers et les travailleurs précaires, qui ont été exclus des programmes étatiques de soutien exceptionnel. Parmi les populations les plus précaires, les travailleuses et travailleurs du sexe (TDS)⁴ ont été particulièrement affecté·e·s par la pandémie, en France comme partout dans

¹ LAMBERT Anne et CAYOUILLE-REMBLIÈRE Joanie, *L'explosion des inégalités ; classes, genre et générations face à la crise sanitaire*, La Tour d'Aigues, Editions De L'aube, 2021, p. 300.

² *Enquête COCONEL* [pour COronavirus et CONfinement], « Logement, travail, voisinage et conditions de vie : ce que le confinement a changé pour les Français », publié en 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL :

https://www.ined.fr/fichier/rte/General/ACTUALITÉS/Covid19/COCONEL-note-synthese-vague-11_Ined.pdf.

³ Des résultats allant dans le même sens ont été obtenus par l'enquête EpiCov, coordonné par l'Inserm, « Premiers résultats des enquêtes de santé publique de l'Inserm sur la Covid-19 : facteur de risque individuels et sociaux », publié le 09 octobre 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-des-enquetes-de-sante-publique-de-linserm-sur-la-covid-19-facteurs-de-risque-individuels-et-sociaux/41032/>.

⁴ Les autrices de ce texte ont décidé de ne pas utiliser les termes de prostitué·e et de prostitution par respect des personnes qui revendiquent le travail du sexe comme une activité librement choisie.

le monde⁵, non seulement à cause de leurs pratiques professionnelles les exposant au risque sanitaire, mais aussi en raison du statut de leur activité professionnelle, non reconnue officiellement. Ceci leur a valu d'être exclu·e·s des mesures d'urgence mises en place, que ce soit au niveau de la protection sociale ou des politiques économiques⁶.

Dans certains contextes, sur le continent américain, en Asie et en Europe, les TDS se sont réunie·s en communautés et ont élaboré des stratégies de réponse collectives pour aider leurs pairs à surmonter les difficultés qu'ils rencontraient, notamment en mettant en place des fonds d'urgence et d'entraide⁷. En France, plusieurs organisations et réseaux d'associations de TDS ont organisé des cagnottes : le Fonds d'aide social trans (FAST), Par et Pour, Cabiria, Grisélidis, le Bus des femmes, le STRASS, TaPotePute⁸.

Cependant, aucune initiative n'a été mise en place par les TDS de Marseille, qui ne sont pas organisé·e·s collectivement. L'objectif de notre enquête, réalisée au temps du premier confinement, était donc de comprendre comment les TDS de Marseille s'étaient réorganisé·e·s face à la diminution ou à l'arrêt du travail imposés par le confinement et à la chute drastique de revenus qui s'en suivait. Sur quels ressorts s'appuyaient-ils pour s'en sortir au jour le jour ? Quelles étaient les stratégies de réponse qu'ils activaient ? En termes plus généraux, il nous intéressait de comprendre, à l'aide de notre cas d'étude, quelles sont les ressources qu'il est avantageux de posséder pour faire face à une crise, en complément des ressources matérielles.

Pour répondre à ces questions, cet article discute d'abord le concept de vulnérabilité, qui a orienté notre recherche (1), avant de passer à la méthodologie adoptée (2). Il étudie ensuite la façon dont le premier confinement a affecté l'accès au logement et à l'approvisionnement alimentaire des TDS de Marseille (3). Pour finir, il analyse les stratégies de réponse que les TDS ont adopté à Marseille lors du premier confinement, en portant la focale notamment sur le lien étroit entre solidarités informelles et solidarités « institutionnelles » (4).

⁵ JOZAGHI Ehsan et BIRD Lorna, « COVID-19 and sex workers: human rights, the struggle for safety and minimum income », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 111, n° 3, 2020, p. 406-407 ; LAM Elene, « Pandemic sex workers' resilience: COVID-19 crisis met with rapid responses by sex worker communities », *International Social Work*, vol. 63, n° 6, 2020, p. 777-781 ; PLATT Lucy, ELMES Jocelyn, STEVENSON Luca, HOLT Victoria, ROLLES Stephen et STUART Rachel, « Sex Workers Must Not Be Forgotten in the COVID-19 Response », *The Lancet*, vol. 396, 2020, p. 9-11.

⁶ LIOTARD Philippe, « Vulnérabilités des corps méprisés. Les travailleuses et travailleurs du sexe au temps du COVID-19 », *Revue internationale et stratégique*, vol. 119, n° 3, 2020, p. 129-138.

⁷ DZIUBAN Agata, MOŹDRZEŃ Martyna et RATECKA Anna, « "Very little but a lot." Solidarity within the sex workers' community in Poland during the COVID-19 pandemic », *Gender, Work & Organization*, vol. 28, n° 2, 2021, p. 366-377. Les différentes initiatives ont été recensées par le *Red Umbrella Fund*, « Sex-workers' resilience to the COVID crisis: a list of initiatives », publié le 31 mars 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://www.redumbrellafund.org/covid-initiatives/>.

⁸ LIOTARD Philippe, « Vulnérabilités des corps méprisés. Les travailleuses et travailleurs du sexe au temps du COVID-19 », art. cit., p. 129-138.

1. La crise : vulnérabilités, stratégies de réponse et marges

Les travaux des historiens sur les temps de crise montrent que, si ces dernières touchent toutes les couches sociales, les couches de la population les plus précaires sont atteintes de manière beaucoup plus brutale⁹. Cela ne dépend pas de la pauvreté en soi, mais d'une accumulation de vulnérabilités, touchant à la fois au travail, aux conditions de vie, aux revenus, au logement, à l'état de santé et à l'accès aux soins¹⁰. Cette vulnérabilité rend les personnes fragiles, car elles sont « à la merci du moindre accident économique », au point où ce qui pour d'autres serait un « petit coup » peut s'apparenter pour elles à une catastrophe mettant en danger leur existence entière¹¹. Ainsi, les personnes vulnérables, littéralement ayant « une potentialité à être blessées »¹², sont des victimes potentielles de tout aléa économique, social et sanitaire.

La littérature anthropologique, à l'heure actuelle, aborde la vulnérabilité essentiellement en relation à l'exposition des populations aux effets du changement climatique ou des désastres¹³. Le concept de vulnérabilité est également employé par l'anthropologie médicale, où la vulnérabilité structurelle est définie comme une position qui impose une souffrance physique et/ou émotionnelle à des groupes et à des individus de manière systématique, car elle serait le produit de l'exploitation économique et de la discrimination sexuelle et raciale¹⁴. Les différences de classe, de culture, de genre et d'origine ont donc un impact sur les individus, les familles et les communautés, les exposant à des degrés de vulnérabilité plus ou moins importants face aux risques et aux crises, soient-ils climatiques, économiques ou sanitaires : cela s'est manifesté de manière criante lors de la pandémie de la Covid-19¹⁵. Une lecture heuristiquement féconde de la vulnérabilité est proposée aussi par des travaux relevant de la philosophie politique et des études de genre, qui la considèrent non

⁹ BRODIEZ-DOLINO Axelle, « En situation de crise, *quid* des plus démunis ? », *The Conversation*, publié le 8 avril 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://theconversation.com/en-situation-de-crise-quid-des-plus-demunis-134336>.

¹⁰ Brodiez-Dolino, Axelle, « Le concept de vulnérabilité », *La Vie des Idées*, publié le 11 février 2016 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>.

¹¹ BOURDELAIS Patrice, « Qu'est-ce que la vulnérabilité ? “Un petit coup renverse aussitôt la personne” (Süssmilch) », *Annales de démographie historique*, vol. 2, n° 110, 2005, p. 5-9, spéc. p. 5.

¹² SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée plurielle*, vol. 2, n° 10, 2005, p. 49-59.

¹³ ADAMS Vincanne, KAUFMAN Sharon, VAN HATTUM Taslim et MOODY Sandra, « Aging Disaster: Mortality, Vulnerability, and Long-Term Recovery among Katrina Survivors », *Medical Anthropology*, vol. 30, n° 3, 2011, p. 247-270 ; CRATE Susan et NUTTALL Mark, « The concepts of adaptation, vulnerability, and resilience in the anthropology of climate change: considering the case of displacement and migration » dans Crate Susan et Nuttall Mark (dir.), *Anthropology and Climate Change*, London, Routledge, 2016, p. 58-85 ; ALBRIS Kristoffer, « Disaster anthropology: vulnerability, process and meaning », dans Aronsson-Storrier Marie et Dahlberg Rasmus (dir.), *Defining Disaster*, Camberley, Edward Elgar Publishing, 2022, p. 30-44.

¹⁴ QUESADA James, HART Laurie Kain et BOURGOIS Philippe, « Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States », *Medical Anthropology*, vol. 30, n° 4, 2011, p. 339-362.

¹⁵ TEAM Victoria et MANDERSON Lenore, « How COVID-19 Reveals Structures of Vulnerability », *Medical Anthropology*, vol. 39, n° 8, 2020, p. 671-74.

pas comme une faiblesse¹⁶, mais comme la condition d'être affecté¹⁷ ou encore une perméabilité¹⁸.

Dans le sillage des travaux cités plus haut, nous entendons la vulnérabilité non pas comme une caractéristique qui serait naturellement attachée à un groupe social spécifique, dans ce cas la population des TDS, ainsi qu'elle est utilisée dans le discours des politiques publiques, mais à la fois comme une condition et comme un statut produits par le contexte socio-économique et politique¹⁹. Aussi, elle n'est pas automatiquement synonyme de détresse, mais d'une plus grande exposition aux difficultés économiques, sociales et sanitaires.

De nombreuses recherches sur les stratégies de réponse des populations vulnérables, soient-elles face aux catastrophes naturelles ou aux crises économiques, portent sur la réception des actions institutionnalisées visant la résilience d'une communauté donnée. Ces études considèrent les personnes et les populations touchées davantage comme des victimes, plus ou moins passives et non pas comme des sujets ayant une certaine marge de manœuvre²⁰. Ainsi, elles ne nous informent pas sur les stratégies mises en place par ces populations. L'anthropologie a, au contraire, montré que les stratégies de réponses des individus et des groupes exposés au risque font état d'une agentivité tactique, leur permettant de naviguer dans des situations d'insécurité extrême²¹. Adoptant une perspective similaire, notre recherche propose de rendre compte des actions autonomes, mobilisées par les TDS en temps de crise. Elle considère aussi les TDS comme des acteurs ayant la capacité de créer de nouvelles solutions, tout en étant soumis à des contraintes structurelles fortes.

Les questions qui sont au fondement de cette recherche ont une importance centrale pour comprendre, de manière plus large, les répercussions sociales et économiques de la crise socio-sanitaire que nous venons de vivre. Notre enquête illustre ainsi des dynamiques qui vont bien au-delà du cas des TDS et qui touchent tous les secteurs économiques peu visibles et qui souvent s'inscrivent dans le cadre du travail au noir. En effet, elle jette la lumière sur des dynamiques sociales plus vastes : celles qui se jouent dans la relation entre l'État et ses marges. Les anthropologues Veena Das et Deborah Poole notent que les marges de l'État résident à la fois dans ses périphéries – et Marseille en est certainement une, étant une ville de « province » par rapport à Paris, le centre de la vie

¹⁶ GILSON Erinn, *The Ethics of Vulnerability: A Feminist Analysis of Social Life and Practice*, London, Routledge, 2014.

¹⁷ BUTLER Judith, GAMBETTI Zeynep et SABSAY Leticia, *Vulnerability in resistance*, Durham, Duke University Press, 2016, p. 6.

¹⁸ SABSAY Leticia, « Permeable Bodies : vulnerability, affective powers, hegemony », dans Butler Judith, Gambetti Zeynep et Sabsay Leticia (dir.) *Vulnerability in resistance*, Durham, Duke University Press, 2016, p. 278-302.

¹⁹ GIAMETTA Calogero et AKORO Joseph, « Queering social research on sexuality, migration and asylum through co-authoring with participants », *Socioscapes. International Journal of Societies, Politics and Cultures*, vol. 1, n° 1, 2020, p. 149-160.

²⁰ THIELE Maria Elisabeth, « Natural hazards and religion in New Orleans. Coping strategies and interpretations », *Anthropology Today*, vol. 33, n° 4, 2017, p. 3-8.

²¹ UTAS Mats, « West-African warzones: Victimcy, girlfriending, soldiering: Tactic agency in a young woman's social navigation of the Liberian war zone », *Anthropological Quarterly*, 2005, p. 403-430 ; WUTICH Amber et BREWIS Alexandra, « Food, water, and scarcity: toward a broader anthropology of resource insecurity », *Current Anthropology*, vol. 55, n° 4, 2014, p. 444-468.

politique et économique du pays, ainsi qu'un terrain longuement déserté par l'action publique de l'État²² – et dans ces espaces qui s'étendent entre les corps, la loi et la discipline²³. Ce sont justement les superpositions entre ces deux types de marges que notre étude vise à observer de manière approfondie. Les TDS de Marseille se situent donc aux marges de l'État à plusieurs titres : par le travail qu'ils exercent, qui n'est pas reconnu administrativement et qui donc ne leur offre aucune forme de protection sociale ; par leur implantation géographique ; par le contenu de leur activité professionnelle, qui se déploie entre les corps, la loi et la discipline tendant à le réprimer.

Cependant, bien qu'invisibilisé·e·s par l'État, les TDS ne sont pas invisibles dans la société ni pour la société. D'une part, iels ont souvent continué à être présent·e·s dans leurs lieux de travail, dans le centre-ville de Marseille ainsi que sur Internet, et leurs prestations ont continué à être demandées, au cours du premier confinement. D'autre part, pendant et après celui-ci, de nombreux articles de presse²⁴, ainsi que de nombreux travaux des sciences sociales²⁵ se sont intéressés à leur sort.

²² MATTINA Cesare, *Clientélismes urbains. Gouvernement et hégémonie politique à Marseille*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2016.

²³ DAS Veena et POOLE Deborah, « State and its margins. Comparative ethnographies » dans Das Veena et Poole Deborah (dir.) *Anthropology in the Margins of the State*, Oxford, School of American Research Press, 2004, p. 3-33.

²⁴ *Libération*, « “Retourner bosser ou crever de faim” : les travailleuses du sexe à l'épreuve du confinement », publié le 30 mars 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : https://www.liberation.fr/france/2020/03/30/retourner-bosser-ou-crever-de-faim-les-travailleuses-du-sexe-a-l-epreuve-du-confinement_1783465/ ; *La Provence*, « Coronavirus : mourir de faim ou du Covid-19, la double peine pour les travailleurs du sexe », publié le 14 avril 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://www.laprovence.com/article/edition-marseille/5961012/mourir-de-faim-ou-du-covid-19.html> ; *HuffPost*, « Coronavirus : Les travailleuses du sexe réclament un fond d'urgence », publié le 6 avril 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : https://www.huffingtonpost.fr/politique/article/coronavirus-les-travailleuses-du-sexe-reclament-un-fonds-d-urgence_161973.html ; *Le Monde*, « “Tout le monde s'en fout des putes” : les travailleuses du sexe très touchées par la crise sanitaire », publié le 5 juin 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/06/05/les-travailleuses-du-sexe-tres-touchees-par-la-crise-sanitaire-les-dettes-s-accumulent-certaines-n-ont-plus-de-quoi-manger_6041868_3224.html ; *France Culture*, « Regards croisés sur la prostitution » [émission radio], diffusé le 17 juillet 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/la-grande-table-d-ete/regards-croises-sur-la-prostitution-5778515>.

²⁵ LAM Elene, « Pandemic sex workers' resilience: COVID-19 crisis met with rapid responses by sex worker communities », *International Social Work*, vol. 63, n° 6, 2020, p. 777-781 ; LIOTARD Philippe, « Vulnérabilités des corps méprisés. Les travailleuses et travailleurs du sexe au temps du COVID-19 », *Revue internationale et stratégique*, vol. 119, n° 3, 2020, p. 129-138 ; PLATT Lucy, ELMES Jocelyn, STEVENSON Luca, HOLT Victoria, ROLLES Stephen et STUART Rachel, « Sex Workers Must Not Be Forgotten in the COVID-19 Response », *The Lancet*, vol. 396, 2020, p. 9-11 ; AZAM Anahita, ADRIAENSSENS Stef et HENDRICKX Jef, « How Covid-19 affects prostitution markets in the Netherlands and Belgium: dynamics and vulnerabilities under a lockdown », *European Societies*, vol. 23, n° 1, 2021, p. 478-494 ; DZIUBAN Agata, MOŻDRZEŃ Martyna et RATECKA Anna, « “Very little but a lot.” Solidarity within the sex workers' community in Poland during the COVID-19 pandemic », *Gender, Work & Organization*, vol. 28, n° 2, 2021, p. 366-377.

2. Une méthodologie participative

Cette recherche a été conçue conjointement par les autrices de cet article, à savoir par une anthropologue et par une travailleuse sociale d'Autres Regards, association marseillaise de santé communautaire travaillant avec et pour les personnes TDS et trans-identitaires (dorénavant trans).

Nous avons adopté une posture plutôt marginale dans les sciences sociales : celle de la recherche participative et de l'écriture collaborative²⁶. Cette approche a été largement théorisée par les études féministes, toujours attentives au problème de la représentativité et des relations de pouvoir implicites dans la production du savoir académique²⁷, par les études sur les TDS²⁸, ainsi que par l'anthropologie réflexive²⁹. D'autre part, la participation est aussi le fondement de la philosophie d'Autres Regards et de collectifs de TDS et de chercheur·e·s qui, comme nous, ont réalisé des enquêtes sur la réponse des TDS à la crise engendrée par la pandémie³⁰.

Notre enquête part du principe que les « informateurs privilégiés » sont aussi des partenaires épistémiques, capables de théoriser leur monde social autant que l'anthropologue qui les interroge³¹. Aussi, les questionnements et une grille d'entretiens ont été élaborés par les autrices de cet article, tandis que l'enquête a été réalisée pendant le confinement du 17 mars-11 mai 2020 par Roberta Derosas et par une TDS et animatrice « paire » de prévention au sein d'Autres Regards. Elles ont effectué dix entretiens semi-structurés par téléphone auprès des TDS qui ont souhaité témoigner. Neuf de ces personnes étaient déjà connues par l'association, tandis que l'une d'entre elles a pris contact avec l'association à la suite de l'annonce publicisant l'enquête sur la page Facebook de l'association. Spécifions que les TDS ayant participé à cette enquête travaillent librement, sans exploitation, et à leur compte.

Parmi les 10 personnes interviewées dans le cadre de cette enquête, 4 étaient de nationalité française, 1 de nationalité portugaise et 5 d'une nationalité extra-européenne (2 de nationalité brésilienne, 1 de nationalité équatorienne et 2 de nationalité algérienne) ; 3 se définissaient femmes, 3 hommes et 4 trans M

²⁶ EL KOTNI Mounia , DIXON Lydia et MIRANDA Veronica, « Introduction: Co-authorship as Feminist Writing and Practice » [en ligne], *Cultural Anthropology*, 2020 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://culanth.org/fieldsights/introduction-co-authorship-as-feminist-writing-and-practice>.

²⁷ RIBBENS Jane et EDWARDS Rosalind (dir.), *Feminist Dilemmas in Qualitative Research: Public Knowledge and Private Lives*, London, Sage, 1998.

²⁸ GIAMETTA Calogero et CALDERARO Charlène, « “The Problem of Prostitution”: Repressive policies in the name of migration control, public order, and women's rights in France », *Anti-trafficking review*, n° 12, 2019, p. 155-171.

²⁹ HOLMES Douglas et MARCUS George, « Collaboration Today and the Re-Imagination of the Classic Scene of Fieldwork Encounter », *Collaborative Anthropologies*, n° 1, 2008, p. 81-101.

³⁰ DZIUBAN Agata, MOŹDRZEŃ Martyna et RATECKA Anna, « “Very little but a lot.” Solidarity within the sex workers' community in Poland during the COVID-19 pandemic », *Gender, Work & Organization*, vol. 28, n° 2, 2021, p. 366-377.

³¹ MARCUS George, « Au-delà de Malinowski et après Writing Culture : à propos du futur de l'anthropologie culturelle et du malaise de l'ethnographie » [en ligne], *Ethnographiques.org*, publié le 1^{er} avril 2002 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://www.ethnographiques.org/2002/Marcus>.

to F. Les personnes interviewées étaient âgées entre 34 et 60 ans et exerçant comme TDS depuis dix à trente ans : 3 d'entre elles travaillaient habituellement par Internet (*sexcam*) mais aussi en présentiel à leur domicile (*indoor*) ; 1 travaillait exclusivement *indoor* ; 4 exclusivement dans la rue et 2 alternant *indoor* et extérieur. Cet échantillon est représentatif du public d'Autres Regards, composé de femmes et d'hommes cis et trans, de 18 à 80 ans, travaillant à la fois dans la rue et *indoor* (en lieux privés) et/ou par Internet (*sexcam*). Cependant, la majorité des TDS connu·e-s par l'association travaille ou a travaillé à l'extérieur. Au sein du public d'Autres Regards, les personnes d'origine française constituent environ un quart du total, tandis que les trois quarts restants sont d'origine étrangère (européenne, maghrébine, africaine, latino-américaine, océanienne).

Les différentes typologies de travail se traduisent dans d'importants écarts de revenus : les passes proposées à l'extérieur sont payées de 5 à 50 euros, tandis qu'une prestation en intérieur est rétribuée en moyenne 100 euros la demi-heure. Ainsi, à Marseille, la prostitution de rue est, en général, une prostitution « de survie », dans laquelle les passes, très mal rémunérées, permettent juste de payer les nuits d'hôtel et la nourriture. L'écart de rémunération entre la prostitution de rue et celle en *indoor*, voire par Internet, a été relevé par plusieurs études réalisées dans différents pays d'Europe³². Ces travaux montrent que les TDS exerçant dans la rue gagnent en moyenne 30 % en moins par rapport aux TDS exerçant à domicile³³. La littérature scientifique indique que le marché du sexe est fortement stratifié, non seulement en relation au type d'activité exercée, qui définit un premier niveau de segmentation. Chaque segment du marché est lui-même segmenté en fonction de l'origine, de l'âge et du genre des TDS, des facteurs qui entraînent une ultérieure variation de revenus³⁴. L'âge plus jeune et le sexe féminin sont davantage valorisés au niveau des rémunérations, à la fois à cause de la dévalorisation du corps masculin par rapport au corps féminin, et du stigma attaché au vieillissement physique³⁵. Plusieurs travaux ont montré qu'à l'époque du premier confinement, les dynamiques du marché du sexe ont changé, pénalisant en particulier les tranches de la population des TDS déjà plus vulnérables en matière de revenus, à savoir les personnes plus âgées et certains groupes « ethnicisés » (comme les personnes d'origine asiatique et africaine) qui perçoivent, en temps normaux, des revenus plus bas par rapport à leurs collègues d'origine européenne et plus jeunes³⁶.

³² ADRIAENSSENS Stef et HENDRICKX Jef, « Calculating value added of prostitution with multiple data: A new approach for Belgium », *Public Finance Review*, vol. 47, n° 1, 2019, p. 58-86.

³³ MOFFATT Peter et PETERS Simon, « Pricing personal services: An empirical study of earnings in the UK prostitution industry », *Scottish Journal of Political Economy*, vol. 51, n° 5, 2004, p. 675-690.

³⁴ CUNNINGHAM Scott et KENDALL Todd, « Prostitution 2.0: The changing face of sex work », *Journal of Urban Economics*, vol. 69, n° 3, 2011, p. 273-287.

³⁵ MACIA Enguerran, *Dans la peau d'une femme de plus de 65 ans*, Paris, Armand Colin, 2013 ; MEARS Ashley et CONNELL Catherine, « The paradoxical value of deviant cases: Toward a gendered theory of display work », *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 41, n° 2, 2016, p. 333-359.

³⁶ AZAM Anahita, ADRIAENSSENS Stef et HENDRICKX Jef, « How Covid-19 affects prostitution markets in the Netherlands and Belgium: dynamics and vulnerabilities under a lockdown », *European Societies*, vol. 23, n° 1, 2021, p. 478-494. ADRIAENSSENS Stef et HENDRICKX Jef, « Sex, price and preferences: accounting for unsafe sexual practices in prostitution markets », *Sociology of Health & Illness*, vol. 34, n° 5, 2012, p. 665-680 ; EGGER Peter et LINDENBLATT

Les entretiens que nous avons récoltés reflètent ces clivages, mais il est important de souligner qu'ils ne sont représentatifs que d'une partie de la réalité. Premièrement, parce qu'ils n'ont été récoltés qu'auprès du public d'Autres Regards. Deuxièmement, parce que les personnes contactées, afin de consolider leurs possibilités d'accéder aux aides octroyées par l'association, peuvent avoir sous-représenté le volume de leur activité au cours du confinement.

3. Dans l'impossibilité de travailler, les difficultés matérielles s'accumulent : le logement et l'approvisionnement alimentaire

Toutes les personnes interviewées ont fait état des difficultés importantes qu'elles ont rencontrées à la suite de la mise en place du confinement du printemps 2020. Ces difficultés concernaient plusieurs domaines et découlaient de l'impossibilité formelle de travailler, à cause de l'assignation à résidence et de la diminution du flux de clients liées aux restrictions de mouvement imposées par le confinement. Seules les personnes travaillant par Internet (une minorité) arrivaient encore à gagner suffisamment pour subvenir à leurs besoins. Les autres étaient obligées de puiser dans leurs économies, le plus souvent déjà bien maigres, de solliciter leurs réseaux sociaux, ou de s'adresser aux deux associations de soutien aux TDS présentes à Marseille³⁷ pour obtenir une aide financière ponctuelle. Dans ce paragraphe, nous allons examiner les conséquences matérielles de la crise, touchant au travail, au logement, à l'approvisionnement alimentaire.

3.1. Le travail

Si le volume de l'activité professionnelle a diminué à cause des limitations imposées à la circulation, les TDS que nous avons interviewé·e·s n'ont pas toujours arrêté de travailler au cours du premier confinement. Certain·e·s d'entre eux et elles, en effet, ne pouvaient pas se permettre de perdre la totalité de leurs revenus, quitte à braver une fois de plus les interdits imposés par l'État. Ainsi, des TDS travaillant en intérieur ont continué de recevoir des clients, bien qu'en nombre réduit.

Fernanda³⁸, une trans brésilienne de 48 ans qui travaille en appartement grâce à des annonces postées sur Internet, n'a eu d'autre choix que de continuer à travailler, faute d'avoir de quoi payer son loyer et ses courses :

Depuis que le confinement a été décrété, beaucoup de clients m'ont contactée. Il m'arrive d'accepter des clients chez moi. Je me protège autant que possible avec des masques et en essayant de proposer un autre type de pratiques, avec moins de contacts...

(Fernanda, 6 avril 2020)

Andreas, « Endogenous risk-taking and physical appearance of sex workers », *The European Journal of Health Economics*, vol. 16, n° 9, 2015, p. 941-949.

³⁷ Ces associations sont : *Autres Regards* et *l'Amicale du Nid 13*.

³⁸ Afin de préserver l'anonymat des personnes interviewées, tous les prénoms ont été modifiés.

Face au constat que les personnes travaillant via Webcam arrivent à maintenir une activité, certain·e·s TDS travaillant en présentiel ont pris en considération la possibilité de basculer sur la toile. Cependant, rares sont les personnes qui ont réalisé cette transition, à la fois par manque de familiarité avec les outils informatiques et les mondes virtuels, et à cause de la difficulté de réaménager leurs pratiques. À cela s'ajoutent des obstacles d'ordre administratif, car il faut déclarer l'activité sous le régime de l'auto-entrepreneuriat à l'Urssaf et, par conséquent, la notifier au trésor public.

Hector, un Français de 34 ans qui travaille comme escorte entre Marseille et Paris grâce à des annonces postées sur Internet, travaillait encore sous le confinement. Il constatait, cependant, une diminution importante du volume d'activité. Pour lui, ce qui a changé dans la sphère professionnelle, au cours du confinement, ce ne sont pas les pratiques, mais l'attitude des clients, qui est devenue plus injurieuse que d'habitude. Les clients ont attaqué Hector parce qu'il continuait de travailler, alors qu'eux disaient respecter l'obligation de ne fréquenter personne. Ils mettaient ainsi sur le même plan ce qui pour eux peut s'apparenter à un loisir et, ce qui pour Hector, est un travail à part entière.

Pour moi, en ce moment, il y a une grosse perte d'argent... la première semaine de confinement, j'étais en mode « je ne travaille pas ». Après, j'ai commencé et depuis j'ai fait deux ou trois clients. Beaucoup moins que d'habitude, car à Marseille, d'habitude, on fait cinq-six clients par semaine.

Là, tu vois, quand je suis connecté, par exemple en ce moment (sur mon compte escorte), j'ai des messages qui sont super insultants de la part de mes clients qui me disent « Mais qu'est-ce que tu fous là, t'es connecté alors qu'il faut être confiné chez soi... ». Et j'ai envie de dire : « Mais mon coco, toi aussi tu es connecté, donc t'es quand même à la recherche de quelqu'un ». [...] J'ai reçu plein de messages d'insultes... Du coup, en ce moment, j'essaye de passer à autre chose, de faire de la sexcam, mais ce n'est vraiment pas mon truc. C'est un autre type de travail... et il faut s'y connaître, aussi, parce qu'il y a beaucoup de cyber-harcèlement.
(Hector, 15 avril 2020)

En revanche, pour ceux qui travaillent dans la rue, la poursuite de l'activité s'est avérée beaucoup plus compliquée. Ali, un Algérien de 55 ans qui travaille comme travesti, constate :

Avec le confinement, je ne peux pas sortir et même si je sors, je sors pour rien, parce que il n'y a plus personne qui passe et mes clients n'arrivent pas. Les clients ont peur, donc si je dois me préparer, prendre du temps, aller en bas de chez moi pour rien du tout, ah non, ce n'est pas la peine !

Si je savais qu'il y avait des clients j'irai travailler, mais protégé avec un masque et des gants. Je n'ai pas peur des clients, je peux réadapter mes pratiques.

(Ali, 8 avril 2020)

L'arrêt prolongé du travail qui, nous le rappelons, n'était compensé par aucune mesure étatique, n'était pas envisageable pour l'entièreté des personnes interviewées. En revanche, nos données montrent qu'un arrêt temporaire a été le plus souvent mis en acte par des TDS originaires d'Europe occidentale. Ainsi Paula, une Portugaise de 55 ans qui travaille à la fois en extérieur et *indoor*, explique :

J'ai arrêté. C'est simple : je ne veux pas attraper la Covid et je ne sais pas comment me protéger. On ne trouve pas de masques, pas de gel... rien. Et pour les clients

c'est la même chose. Cependant, le besoin économique va me pousser à recommencer. J'avais des économies, mais elles sont en train de terminer, donc il faudra que je recommence à travailler.
(Paula, 2 mai 2020)

Lauranne, une Française de 59 ans qui travaille dans la rue dans sa camionnette, abonde dans le même sens :

J'ai totalement arrêté pendant deux mois, par peur de prendre ce virus et de contaminer, mais par peur de la police aussi, des contrôles. Mais là, je vais reprendre. Je n'ai plus rien, je ne peux plus survivre. Depuis le début du confinement, je n'arrive plus à payer mon loyer et mes factures. Mon propriétaire est gentil, mais bon, je ne peux plus continuer comme ça. Je ne peux demander d'aide à personne. J'ai deux fils ici, mais ils pensent que je suis secrétaire d'un notaire depuis plus de vingt-cinq ans, ils ne comprendraient pas.
(Lauranne, 10 avril 2020)

En analysant les entretiens il apparaît que les TDS ont réagi de trois manières différentes face à l'arrêt du travail officiellement imposé par le confinement. Certain·e·s ont continué de recevoir des clients à domicile ; d'autres ont arrêté par manque de clients en extérieur ; d'autres encore ont arrêté de travailler par choix, notamment par peur de la contamination. Les TDS qui se sont arrêté·e·s par choix sont toutes des femmes de nationalité européenne. Cela semble suggérer qu'avoir une nationalité européenne conférerait des avantages, des ressources, permettant d'arrêter de travailler, au moins de façon temporaire, aux TDS qui le souhaitaient. Nous allons voir dans le prochain paragraphe que ces ressources sont liées essentiellement au fait d'être propriétaire de son logement et/ou d'avoir un réseau familial fournissant un appui matériel qui permet de continuer de vivre décemment.

3.2 Le logement et l'approvisionnement alimentaire : « Faut-il qu'on tombe malade pour qu'on s'occupe de nous ? »

La réduction des revenus entraînée par la diminution de l'activité professionnelle a engendré des situations graves. Fernanda s'est retrouvée dans des conditions de vie très compliquée :

Je n'arrive pas à payer mon loyer. Ce mois-ci, j'ai dû emprunter 100 euros à une copine. Avant, j'arrivais toujours à payer mon loyer toute seule, mais je n'avais pas d'économies de côté. Maintenant, au vu du manque d'activité et du confinement, je dois demander de l'aide à mes amies, parce que même si je touche l'AAH³⁹, je n'ai pas de contrat de location. Donc, je ne peux pas demander de l'aide à la CAF. Je paie 550 euros par mois. Il ne me reste que 300 euros par mois : pour vivre, c'est impossible. [...] C'est très compliqué : je reçois un colis alimentaire que j'ai pu chercher. Là, je t'avoue que j'ai rencontré quelqu'un qui est très gentil, qui m'a fait changer la vision de choses... j'aimerais bien changer de vie... mais ce n'est pas facile. De temps en temps il arrive, il me donne 50 euros, il me donne des cigarettes.
(Fernanda, 6 avril 2020)

³⁹ Allocation aux Adultes Handicapés. Trois TDS sur les dix interviewés déclarent toucher cette allocation. Les raisons justifiant ces allocations sont des infections de longue durée (par exemple le SIDA), des problèmes de santé liés à la transition et des troubles psychiatriques qui, à leur tour, peuvent parfois accompagner la transition.

C'est également le constat que fait Ali :

J'habite un studio dans un quartier élégant de la ville. J'ai un contrat de location régulier, mais en ce moment je n'arrive pas à payer mon loyer. Avant le confinement, je n'avais pas de problème à le régler. Actuellement, pour m'en sortir, des fois, je demande à votre association, des fois je demande à une autre association. Je n'ai pas d'économies de côté. Pour payer mes courses, des fois je demande à des amis et quand j'encaisse de l'argent je rembourse et il ne me reste rien. Des fois, c'est mes voisins qui me font des courses et les laissent devant la porte. La semaine dernière, un voisin m'a donné une enveloppe avec 50 euros, l'autre jour une voisine m'a donné les pizzas qu'elle avait faites.
(Ali, 8 avril 2020)

Oscar, un Algérien de 51 ans qui travaille dans la rue, se trouve dans la même situation :

J'habite un T2 depuis dix ans. J'ai toujours payé mon loyer, avec ma CAF, avec mon AAH et avec mon travail. Du coup, moi, le loyer ça va, mais les courses, la nourriture... et le mois prochain c'est l'électricité. Comment veux-tu que je paie... J'ai une amie, une Française, qui travaille elle aussi. Elle m'aide, elle est tellement gentille. Elle m'a donné 50 euros, comme ça je peux payer mes clopes. Avant je ne demandais pas, mais là, aujourd'hui, j'ai besoin de l'aide de l'association pour mes factures, pour payer mes courses...
(Oscar, 20 avril 2020)

Les entretiens récoltés montrent que, pour s'en sortir au cours du premier confinement, les TDS de Marseille ont mis à contribution tous leurs réseaux : les amis, les voisins, mais aussi les associations de soutien aux TDS actives sur le territoire. Certains TDS ont même essayé de faire appel à la solidarité des clients, sans pourtant recevoir de soutien.

Hector en fait l'amer constat :

Le message que j'ai posté dans mon profil était un message un peu politique, au début du confinement : j'ai dit qu'il y aurait eu un manque de travail, un manque de revenus. Je faisais appel aux dons et à la générosité de mes clients pour qu'ils m'aident et qu'ils me versent une petite somme pour subvenir à mes besoins durant cette période. Malgré tout, je n'ai rien reçu. C'était un message pour dire que si je ne travaille pas, personne ne s'occupe de moi ou me donne le chômage par rapport à mon activité.

À part le travail, je n'ai pas vraiment d'autres revenus... Enfin, j'ai le RSA⁴⁰, mais pour moi ce n'est pas un vrai revenu, car je le partage avec une amie et collègue qui vit et travaille en Espagne. Elle est dans une situation économique très compliquée et ne peut pas travailler. Donc les 500 euros du RSA qui me sont attribués sont partagés de manière paritaire entre moi et cette amie. Je garde 250 euros et je lui envoie 250 euros. J'ai les APL⁴¹ et vu que j'ai un résiduel de loyer qui monte plus ou moins à 250 euros, avec les 250 euros du RSA je peux payer mon loyer.

(Hector, 15 avril 2020)

Nadia, une trans Brésilienne de 41 ans, qui travaille par Internet, a une lecture très critique de l'attitude de l'État envers les TDS en temps de crise sanitaire :

⁴⁰ Revenu de Solidarité Active.

⁴¹ Aides Personnelles au Logement.

Jusqu'à maintenant, j'ai toujours payé tout toute seule : ma carte santé, le loyer, EDF, les charges, les impôts, l'avocat pour mes démarches administratives [changement de sexe, acquisition de la nationalité française], j'ai même des chats à nourrir. Après, la situation des travailleurs du sexe en ce moment est très très compliquée. Il faut quoi ? Il faut qu'on tombe malade pour qu'on s'occupe de nous ? Et pourtant je paye les impôts alors ce n'est pas correct, tandis que moi je l'ai été !

(Nadia, 24 avril 2020)

L'indignation de Nadia est celle de tou-te-s les TDS, qui se sentent abandonné-e-s par l'État. Le sentiment d'injustice est d'autant plus fort pour ceux et celles qui paient leurs impôts à un État qui ne leur garantit en contrepartie aucun soutien. Ce manque de reconnaissance diffuse aussi dans le reste de la société, jusqu'à toucher les clients habituels des TDS, qui refusent de venir en aide aux TDS qu'ils fréquentent habituellement.

La crise socio-sanitaire et la diminution du volume du travail ont donc entraîné une situation de profond dénuement, plongeant certain-e-s TDS dans une situation de précarité économique et alimentaire sans précédent. Toutefois, comme l'indiquent les extraits d'entretiens, bien que le volume du travail se soit dégradé pour tou.te.s, iels ne sont pas tou-te-s tombé-e-s dans une situation de détresse. Certain-e-s ont pu faire face à l'adversité mieux que d'autres, notamment lorsqu'iels étaient propriétaires de leur logement, étaient de nationalité européenne et pouvaient jouir d'un réseau familial actif dans la région. C'est le cas de Karine, une trans Française de 50 ans, originaire de Marseille. Karine travaille d'habitude *indoor* en s'appuyant sur des annonces diffusées par Internet. Au cours du confinement, elle a été beaucoup sollicitée par ses clients, mais n'a pas souhaité donner suite à ces demandes par crainte d'attraper la Covid. Karine pouvait se le permettre, car elle est propriétaire de deux appartements qu'elle a hérités de ses parents :

Je suis propriétaire de l'appartement dans lequel j'habite, donc je ne paye pas de loyer, j'ai juste la taxe foncière, la taxe d'habitation et le syndic. Avant, j'arrivais à bien vivre... maintenant que je suis confinée, c'est un peu plus compliqué, car j'ai beaucoup de frais.

En fait là, ma tante me demande toutes les semaines s'il me reste de l'argent sur mon compte. Mais je ne suis pas vraiment inquiète. J'ai une agence immobilière qui me verse 800 euros par mois pour la location d'un deuxième appartement dont je suis propriétaire et après j'ai l'AAH pour 400 euros. J'ai, comme tout le monde, à payer l'électricité, le téléphone, la nourriture. Même si en ce moment je ne fais pas grand-chose, je n'ai pas assez et c'est assez angoissant.

(Karine, 25 avril 2020)

La situation de Karine est similaire à celle de Paula, qui vit entre Marseille et le Portugal, où elle s'est réfugiée au cours du confinement.

Actuellement, je suis à l'étranger, à *** depuis la mi-mars. Je pensais que je n'aurais pas pu partir, mais je suis arrivée à décoller. Je savais qu'à *** ç'aurait été plus facile pour moi. À *** je suis propriétaire d'une villa avec un grand jardin, qui est mieux que le petit appartement où je vis à Marseille, et ici la vie est moins chère. Je ne demande de l'aide à personne. Je n'arrive à subvenir à mes besoins que parce que je suis à ***. Si je me trouvais en France, ça serait beaucoup plus difficile. J'arrive à m'en sortir pour l'instant, parce que je suis dans ma maison et j'utilise l'argent que j'avais mis de côté. Mais j'ai presque tout terminé.

(Paula, 2 mai 2020)

Le décalage observé entre les TDS qui ont sombré dans une situation d'indigence, et celles qui ont réussi à naviguer dans l'adversité sans rencontrer d'extrêmes difficultés, semble indiquer qu'il y a une connexion entre la possession d'une nationalité de l'Union européenne et la profondeur temporelle de la présence à Marseille (deux facteurs qui vont souvent de pair) d'une part, et la possession de ressources matérielles, un patrimoine, dont la propriété d'un logement, d'autre part. Ces différents capitaux, juridique et matériel, ont été fondamentaux pour déterminer la capacité de certains TDS à faire face à la crise socio-sanitaire. La liberté de circuler dans l'espace Schengen, associée à la possession d'un passeport européen semble être un facteur additionnel, à mobiliser en cas de crise et permettant, en s'adossant à un capital investi dans d'autres pays européens, de profiter du différentiel économique entre le coût de la vie en France et dans les pays d'Europe du Sud.

Notre enquête semble montrer qu'être d'origine européenne signifie avoir une profondeur temporelle d'enracinement familial en Europe, que les migrants extra-européen, étant arrivés plus récemment à Marseille, n'ont pas. Comme corollaire, être Européen implique d'avoir possiblement à disposition sur place ou à proximité un (petit) patrimoine, notamment immobilier, et éventuellement des liens familiaux actifs, sur lesquels s'appuyer pour amortir les effets de la pandémie. Il y aurait donc une relation entre la nationalité (Union Européenne/non Union Européenne), la durée de la présence à Marseille, le capital matériel et la mobilité, qui s'est avérée fondamentale pour maintenir un niveau de vie décent en temps de crise.

4. Les stratégies de réponse à la crise : solidarités informelles et solidarité « institutionnelle »

Si l'on examine les stratégies par lesquelles les TDS de Marseille ont fait face à la crise, il apparaît qu'elles entremêlent le recours à des solidarités formelles (le réseau des paires, le voisinage) et à des solidarités institutionnelles (dans ce cas associatives).

Les extraits d'entretiens montrent que, dans une situation dramatique comme celle engendrée par le premier confinement, les TDS à Marseille n'ont pas adopté une réponse commune. À la différence de ce qui s'est passé dans d'autres villes de France et du monde, les TDS à Marseille ne se sont pas uni·e·s dans un collectif pour demander à ce que les institutions reconnaissent leur condition et/ou pour mettre en commun les ressources individuelles à leur disposition afin de venir en aide aux collègues en situation de détresse. Pour faire face à la crise, les TDS de Marseille ont plutôt agi de manière individuelle, et fait appel à tous leurs réseaux de connaissances. Ces réseaux, leur capital social⁴², se sont ainsi transformés en source de capital économique.

⁴² BOURDIEU Pierre, « Le capital social: notes provisoires », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 31, 1980, p. 2-3.

Selon ce qui ressort des entretiens, le réseau familial a été peu sollicité : souvent celui-ci se trouve dans un autre pays, dispose déjà de peu de moyens, ou alors il n'est pas informé de l'activité professionnelle de la/du TDS. Le réseau de voisinage a été interpellé et, le plus souvent, s'est mobilisé de sa propre initiative, mais le réseau qui a été le plus sollicité et qui, à son tour, s'est le plus mis au travail, en absolu, c'est celui des TDS mêmes. Ce dernier comprend les connaissances et les ami·e·s exerçant la même activité, bien souvent à Marseille, mais peut aussi s'étendre aux TDS travaillant dans d'autres pays européens : il s'agit donc d'un réseau à la fois local et transnational. Selon les animatrices « pairs » qui travaillent à Autres Regards, ce réseau fonctionne comme une sorte de famille, au sein de laquelle les TDS s'entraident et font preuve de solidarité. Il n'aspire cependant pas à se montrer dans l'espace public, ce qui explique qu'il n'y ait pas eu de mobilisation politique collective.

Les TDS expliquent que le support entre pairs « existe depuis toujours » : le fait de connaître les risques et les avantages du métier, ainsi que la stigmatisation à laquelle il est soumis, engendre la conscience d'appartenir à une même « catégorie socio-professionnelle », s'accompagnant de pratiques de support mutuel qui visent à pallier l'absence de l'État. Ayant peu de moyens à disposition, le support matériel que ce réseau peut offrir est limité. Sa force réside essentiellement dans ses ressources immatérielles, à savoir dans la transmission d'informations par le bouche-à-oreille. Si des aides financières ponctuelles peuvent circuler dans ces réseaux, la solidarité se manifeste premièrement par le partage d'informations « vitales » : des informations concernant les aides « institutionnelles » (c'est-à-dire octroyées par les Associations présentes sur le territoire marseillais grâce à des subventions privées et publiques) dont iels peuvent bénéficier. Parmi celles-ci, figurent les aides financières mises à la disposition des TDS par Autres Regards pendant le confinement : enveloppes pour le paiement des loyers et des dettes locatives, et tickets service destinés à l'achat de biens alimentaires⁴³. À cela, s'ajoutaient les fonds qu'Autres Regards a reçu de la part du Syndicat du TRAVAIL Sexuel (STRASS), basé à Paris, qui avait constitué une cagnotte pour subvenir aux besoins des TDS en difficulté au niveau national⁴⁴.

Bien sûr, tou·te·s les TDS de Marseille ne forment pas un réseau : iels sont inséré·e·s dans une pluralité de réseaux d'interconnaissances, qui se superposent et qui évoluent par niveaux dégressifs d'inclusion. Ces réseaux recourent en partie la segmentation du marché sexuel que nous avons évoquée plus haut, et sont structurés en fonction de l'origine, du lieu de travail, du genre des TDS. Un premier niveau de solidarité, le plus inclusif, est défini par l'appartenance à la même catégorie socio-professionnelle, celle des TDS. Un second niveau de solidarité coïncide avec le partage d'une même origine nationale ou de la même identité de genre, dans le cas des trans. Ainsi, les Brésilien·ne·s informent les Brésilien·ne·s, les Algérien·ne·s renseignent les TDS d'Algérie et ainsi de suite.

⁴³ En constatant que son public avait des besoins urgents en termes d'approvisionnement alimentaire et de mise à l'abri (paiement des loyers), l'association a sollicité et obtenu des fonds de la Fondation de France, de la Préfecture des Bouches-du-Rhône, du Secours Catholique, de la Fondation Abbé Pierre.

⁴⁴ Les TDS de Marseille la connaissaient peu : iels l'ont connue essentiellement par le biais d'Autres Regards.

Les trans, indépendamment de leur origine, informent les autres trans. Un troisième niveau de solidarité est défini par le lieu de travail, pour ce qui concerne la prostitution de rue, à savoir par les trottoirs sur lesquels les TDS se répartissent par origine⁴⁵. Ainsi, l'élément géographique (le lieu de travail dans la ville) dessine des sous-ensembles dans les réseaux de TDS construits sur la base de l'origine et du genre. Le fait d'être inséré·e ou pas dans un réseau a donc pu créer des inégalités sociales qui sont venues s'ajouter à celles que le confinement a exacerbées. En effet, pouvoir accéder aux informations transmises par le réseau peut déterminer les conditions de la survie. Aussi, à la suite de l'aide obtenue par l'une d'entre elle, toutes les TDS Bulgares hébergées à l'hôtel, et étant dans le besoin, ont contacté Autres Regards pour obtenir une aide au paiement du loyer, alors que les TDS des rues Curiol/Thiers/Senac⁴⁶ ont appelé Autres Regards pour recevoir des Tickets Service. Les réseaux de solidarité, déjà actifs en temps normaux, ont donc amplifié leur activité pendant le confinement.

Ces réseaux se fondent sur le concept de proximité : proximité morale (partage d'une même situation, solidarité, empathie) et proximité géographique. La proximité est nécessaire pour organiser une aide et un soutien personnalisés et est au fondement du sentiment d'appartenir à une même communauté. Cependant, la proximité peut aussi s'avérer oppressante, car tout ce qui se passe dans ces communautés se sait, les commérages vont bon train et les jalousies accompagnent les échanges et les différentes formes de solidarité.

Les commérages, activité constitutive de tout groupe, à travers laquelle ses membres échangent des transactions morales sur la façon légitime de se comporter⁴⁷, peuvent s'avérer extrêmement oppressants pour les personnes ayant un rôle à la fois d'insider et d'outsider dans ces communautés, comme les TDS salarié·e·s d'Autres Regards. Se situant à la fois des deux côtés d'une frontière de loyauté (loyauté à l'association/loyauté à la communauté des TDS), le comportement de ces personnes est constamment commenté et critiqué par les TDS de leur réseau, les mettant en porte à faux vis-à-vis des deux contextes dans lesquels iels s'inscrivent.

Conclusion : face à la dégradation des conditions de vie, la centralité des réseaux d'entraide

Pour revenir aux questions que nous nous sommes posées au début de cet article, nous avons observé que les TDS de Marseille, au temps du premier confinement, réunissaient plusieurs caractéristiques de la vulnérabilité. En effet, iels se trouvaient aux marges de l'État et des droits associés au travail, y compris le chômage, par le type de profession exercée ; iels se trouvaient dans une

⁴⁵ Rues Curiol, Sénac et Thiers (Europe) ; Boulevard du Prado (Cameroun, France, Algérie) ; Boulevard de Plombières (Nigéria).

⁴⁶ Il s'agit de la zone historique du travail du sexe à Marseille, située dans le centre-ville, aux abords de la Canebière, dans laquelle exercent surtout des TDS d'origine européenne, âgé·e·s de 45 à 70 ans.

⁴⁷ PAINE Roberts, « What is Gossip About? An Alternative Hypothesis », *Man*, vol. 2, n° 2, 1967, p. 278-285.

condition de santé souvent précaire, du fait de pratiques professionnelles parfois à risque ou des traitements liés au changement de genre ; soumis·es aux fluctuations abruptes du volume du travail et donc à une perte brutale de revenus ; souvent sans économies ou ressources de secours, car ayant migré relativement récemment et originaires de familles ayant peu de moyens ; souvent stigmatisés à cause de leur profession, origine, orientation sexuelle.

Le manque de reconnaissance, de la part de l'État, du travail du sexe en tant que profession et l'invisibilisation de la catégorie socio-professionnelle des TDS au cours du premier confinement, ont contribué à dégrader la situation économique et sociale des TDS de Marseille.

Cependant, le confinement n'a pas entraîné la même situation de détresse pour toutes les personnes que nous avons interviewé·e·s : les TDS ne sont pas tou·te·s vulnérables de la même manière ou au même degré. Notre enquête a montré que le type d'activité exercée (dans la rue versus en *indoor* et/ou par Internet) ainsi que la nationalité (UE/non UE), la profondeur temporelle de l'installation à Marseille, la propriété d'un logement (corollaire de la nationalité européenne, au sein de la population interviewée) et, plus largement, la présence d'un patrimoine familial (aussi exigu soit-il), ont été des éléments déterminants pour établir celles et ceux qui ont chuté dans une situation de pauvreté, et celles et ceux qui ont pu traverser cette période, avec des sacrifices, mais sans rencontrer de difficultés majeures dans la satisfaction de leurs besoins fondamentaux.

L'intersectionnalité des inégalités⁴⁸ est donc particulièrement évidente dans le cas des TDS. Ainsi, comme le relèvent Ciavolella *et al.*⁴⁹, il nous semble que la pandémie de la Covid-19, et le confinement en particulier, ont fonctionné comme un révélateur : ils ont dévoilé et creusé les inégalités qui sillonnent la population des TDS, et qui sont liées à la nationalité, au statut de migrant·e, au type d'activité exercée et à l'origine sociale, sans pour autant en être la cause. D'autres enquêtes scientifiques pointent dans une direction légèrement différente⁵⁰ : elles ne décèlent pas une augmentation des inégalités propres à la population des TDS, notamment en matière de revenus et concluent que, au cours de ces périodes de confinement, les vulnérabilités existantes se sont reproduites, mais pas renforcées.

Les stratégies de réponse des TDS que nous avons interviewé·e·s, face à cette crise, sont des stratégies de maximisation : elles mélangent le recours à la solidarité informelle, celle des réseaux d'entraide entre collègues, au recours à

⁴⁸ CRENSHAW WILLIAMS Kimberle et BONIS Oristelle, « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du Genre*, vol. 2, n° 39, 2005, p. 51-82 ; LÉPINARD Éléonore et MAZOUZ Sarah, *Pour l'intersectionnalité*, Paris, Anamosa, 2021.

⁴⁹ CIAVOLELLA Riccardo, MELENOTTE Sabrina, REBUCINI Gianfranco et WITTERSHEIM Éric, « Au-delà de l'anthropologie politique. Introduction » [[en ligne](#)], *Condition humaine/Conditions politiques. Revue internationale d'anthropologie du politique*, n° 2, publié en 2021 [consulté le 1^{er} février 2023], URL : <https://revues.mshparisnord.fr/chcp/index.php?id=566>.

⁵⁰ AZAM Anahita, ADRIAENSSENS Stef et HENDRICKX Jef, « How Covid-19 affects prostitution markets in the Netherlands and Belgium: dynamics and vulnerabilities under a lockdown », art. cit.

la solidarité formelle, celle du soutien des associations. Ces « bassins de ressources » se sont avérés complémentaires : aussi la solidarité institutionnelle a consolidé et fluidifié les solidarités informelles dans le groupe des pairs. Nous avons observé le déploiement d'un véritable « savoir-faire », un *savoir utiliser* les institutions/associations de la part des TDS interviewé·e·s, avec lesquelles ils entretiennent un rapport instrumental⁵¹. En effet, au cours du confinement, les TDS se sont adressé·s alternativement aux deux associations de soutien aux TDS présentes sur le territoire marseillais, qui s'inscrivent dans deux logiques contraires : Autres Regards, association de santé communautaire, travaille pour et avec les TDS, tandis que L'amicale du Nid 13 est une association abolitionniste, donc opposée à la pratique prostitutionnelle. S'il relève d'un choix de survie, le rapport utilitariste à ces organismes idéologiquement antithétiques reflète aussi l'absence de militantisme de la majeure partie des TDS que nous avons rencontré·e·s. Les TDS militant·e·s sont peu nombreux·ses à Marseille, et quand militance il y a, elle est exercée plutôt dans des réseaux internationaux que dans des réseaux locaux.

Le manque de militantisme de la plus grande partie des TDS de Marseille nous semble lié aussi à la composition de cette population, à forte prévalence de migrants issus de l'aire méditerranéenne pour les plus âgé·e·s (entre 60 et 80 ans), ou du Nigéria et de la Bulgarie pour les plus jeunes. Il s'agit souvent de personnes peu éduquées, lointaines de l'assomption du stigma et de la revendication du travail du sexe. Cela nous mène à souligner l'importance de situer la vulnérabilité et les stratégies de réponse aux crises au sein de contextes historiquement, économiquement et politiquement situés, afin de les appréhender dans toute leur complexité⁵².

Le manque d'engagement militant collectif, que nous avons observé auprès de notre population d'enquête, n'implique pas l'absence d'une dimension collective dans la réponse à la crise. À l'époque du premier confinement, au contraire, la dimension collective a été centrale, mais elle a été mobilisée sous la forme de réseaux communautaires, toujours de manière informelle et invisible à un regard extérieur.

⁵¹ MAI Nicola, « Between Embodied Cosmopolitanism and Sexual Humanitarianism: the fractal mobilities and subjectivities of migrants working in the sex industry », dans Anteby-Yemin Lisa, Baby-Collin Virginie et Mazzella Sylvie, Mourlane Stéphane, Parizot Cédric, Regnard Céline et Sintès Pierre (dir.), *Borders, Mobilities and Migrations, Perspectives from the Mediterranean, 19-21st Century*, Bruxelles, Peter Lang, 2014.

⁵² PRITZKER Sonya, « Language, emotion, and the politics of vulnerability », *Annual Review of Anthropology*, vol. 49, n° 1, 2020, p. 241-256.

Hors thème

L'impact de la pandémie de Covid-19 sur les élections parlementaires d'avril 2021 en Bulgarie

Ivaylo ANTONOV

*Stagiaire en société de conseil
pour des projets européens*

Contexte politique

Pour la première fois depuis 2009, les élections législatives bulgares sont régulières et non anticipées. Le troisième gouvernement du GERB (« Citoyens pour le développement européen de la Bulgarie ») a réussi, pour la première fois, à parvenir au bout de son mandat. Ce fait peut être considéré comme une surprise, étant donné les grandes manifestations contre le gouvernement du GERB et des « Patriotes unis » pendant l'été de 2020. Ce cycle de mobilisations citoyennes, le premier d'une telle ampleur depuis celui de 2013-2014, démontre une grande crise de confiance et de légitimité d'une grande partie de la société bulgare vis-à-vis des autorités. D'après une étude de l'agence sociologique « Gallup international bulgare », du 19 février 2021¹, le gouvernement bulgare, vers la fin de son mandat, en janvier 2021, n'a la confiance que de 19 % des répondants, contre un taux de méfiance de 69 %. Pourtant, en septembre et en octobre 2020, la méfiance ne dépassait pas 70 %. À la fin de son mandat, le pourcentage de manque de confiance reste très élevé et sert comme un signe clair d'une crise de légitimité politique des partis au gouvernement. En fait, la méfiance citoyenne par rapport au Parlement bulgare est même plus grande – 73 % contre uniquement 14 % de confiance. Et c'est aussi un petit recul en comparaison avec la fin de l'automne de 2020, où la défiance s'élève à plus de 80 %.

La campagne électorale commence officiellement le 4 mars 2021, exactement un mois avant la date du scrutin.

¹ *Gallup International*, « Ravnosmetka na institutsionalno doverie v kraya na tozi mandat i momentna kartina na elektoralnite naglasi » [« La confiance institutionnelle à la fin de ce mandat et un instantané des attitudes électorales »], publié le 19 février 2021 [consulté le 10 avril 2022], URL : <https://www.gallup-international.bg/44430/institutional-confidence-and-electoral-snapshot/>

Vingt-deux partis et huit coalitions² participent aux élections – en augmentation en comparaison avec les élections législatives de 2017, quand vingt partis et coalitions s'étaient présentés. Les 240 mandats parlementaires sont redistribués en 31 circonscriptions plurinominales sur le territoire de la Bulgarie. Le seuil national pour entrer au parlement est toujours fixé à 4 %, tandis que par rapport à l'application du vote préférentiel, le seuil pour modifier l'ordre de la liste établie par les partis politiques est de 7 %.

Parmi les principales caractéristiques des élections du 4 avril 2021, on relève l'apparition de nouveaux projets politiques dits « partis de la protestation », car ces partis participent et soutiennent activement les manifestations anti-gouvernementales de 2020. Ce sont « Il y a un tel peuple » (ITN), dont le leader est le showman Slavi Trifonov, ou encore « Debout ! Mafia dehors ! » (IMV) – une coalition multilatérale dont les principaux représentants sont le mouvement civil « Debout.BG », de l'ancien *ombudsman* Maya Manolova ; le « Mouvement 21 » sous le leadership de Tatyana Doncheva – ancienne députée du Parti socialiste bulgare ; mais également l'« Otravno trio » – un groupe de militants civils ayant été très actifs pendant les événements de l'été 2020. La coalition de partis « Bulgarie démocratique » (DB, de centre-droit, réunissant les formations « Démocrates pour une Bulgarie forte » [DSB], le « Mouvement Oui, Bulgarie », et le « Mouvement vert »). ITN, DB et IMV font partie de la quatrième vague d'apparition des partis anti-corruption en Bulgarie, d'après Romyana Kolarova³, après celles de 2001 (l'apparition du NDSV après le gouvernement d'Ivan Kostov), de 2009 (l'apparition du GERB après le gouvernement de la « Coalition triple ») et de 2013 (l'apparition de Bloc réformateur [RB], « Bulgarie sans censure » [« Bulgaria bez cenzura »] et « Alternative pour renaissance bulgare » [ABV] à la suite des manifestations contre le gouvernement de Plamen Oresharski). Par conséquent, il faut souligner la participation des « partis de la protestation » dans ces élections n'est pas un phénomène unique et nouveau dans l'histoire politique contemporaine du pays, mais plutôt un signe que la corruption est parmi ces problèmes publics qui ne sont pas encore résolus et qui peuvent toujours susciter un soutien électoral.

Face à ces partis, nous trouvons les « partis du *statu quo* », qui ont eu une participation gouvernementale et parlementaire, et qui occupent des positions dans le gouvernement de l'État (soit au sens du pouvoir législatif, soit dans le pouvoir exécutif, soit dans les deux), et qui sont considérés par les partis « de la protestation » comme les principaux coupables des crises actuelles en Bulgarie – ce sont le GERB et les « Patriotes unis », qui sont, entre 2017 et 2021, au sein du gouvernement ; le Parti socialiste bulgare (BSP) – l'opposition principale du gouvernement dans cette période-là ; le parti libéral Mouvement des droits et des libertés (DPS), considéré, par les partis « du changement », comme l'allié en

² *Commission électorale centrale de la République de Bulgarie*, « Publichen elektronen registar na partiite i koalitsiite, registrirani za uchastie v izborite za narodni predstaviteli na 4 april 2021 g. (po chl. 57, al. 1, t. 13, bukva a « ot Izbornia kodeks ») [« Registre électronique public des partis et des coalitions inscrits pour participer à l'élection des députés du 4 avril 2021, en vertu de l'art. 57, al. 1, p. 13a, du Code électoral »], mis en ligne en 2021 [consulté le 10 avril 2022], URL : <https://www.cik.bg/bg/ns2021/registers/per>

³ KOLAROVA R., « Le phénomène des élections parlementaires 2021 », *Politicheski izsledvania*, 1-2 (2021), p. 42-43.

secret du GERB ; enfin, le parti « Volonté » (« Volya ») de l'homme d'affaires Vesselin Marechki.

D'après la recherche sociologique pré-électorale de l'agence « Trend » réalisée en mars 2021⁴, un mois avant les élections du 4 avril 2021, dans la 45^e Assemblée nationale il y aura sept formations politiques différentes : la coalition GERB-SDS serait la première avec 28,8 %, suivie par la coalition « Parti socialiste bulgare pour la Bulgarie », qui inclut le BSP et quelques autres partis de la gauche, avec 23,6 % ; l'ITN et le DPS, au coude à coude, avec respectivement 12,7 % et 12,1 % ; la coalition DB avec 5,9 % ; le parti IMV avec 4,1 % ; enfin, le parti VMRO-BND, pour lequel un résultat d'environ 4 % de votes valides est prévu.

Chacune de ces sept formations politiques fixe des priorités différentes dans son programme électoral – le développement économique accéléré (DPS), la lutte contre la corruption (DB, IMV), la réforme du système électoral (ITN), etc. Dans notre cas d'étude, nous allons observer et analyser la place de la pandémie de coronavirus dans les plateformes électorales des partis suivants : le GERB, le BSP, l'ITN, la coalition DB, le DPS et l'IMV. Le parti au pouvoir sortant GERB inclut la pandémie de COVID-19 dans son programme électoral intitulé « La Bulgarie nouvelle génération »⁵. Pour le GERB, « la pandémie continuera à menacer nos vies et notre santé », et elle a « montré sans équivoque qu'en plus de grands investissements dans ce domaine, d'autres réformes sont nécessaires ». Parmi ces réformes se distinguent le tourisme – l'un des secteurs économiques les plus touchés par la pandémie –, la transformation numérique, et une meilleure gestion des crises. En outre, dans le domaine de la santé, le GERB accorde une attention très particulière à la gestion en se fixant les priorités suivantes pour le futur :

- « renforcer davantage le système de santé et étendre sa capacité à faire face à la pandémie ;
- préparer le système de réponse aux crises avec des règles et des protocoles pour le traitement, la protection, la surveillance et l'interaction avec d'autres institutions ;
- la surveillance de la réponse immunitaire post-vaccinale ;
- la poursuite du programme pour les survivants – conseils, poursuite du traitement, et réhabilitation ;
- optimiser le travail des établissements publics de réadaptation participant au traitement des patients présentant des problèmes de santé résiduels après une infection ;

⁴ Trend, « Naglasi na bulgarite spryamo predstoyashtite parlamentarni izbori (mart 2021) » [« Attitudes des bulgares à l'égard des prochaines élections législatives (mars 2021) »], publié en 2021 [consulté le 6 mai 2022], URL :

<https://retrend.bg/project/%d0%bd%d0%b0%d0%b3%d0%bb%d0%b0%d1%81%d0%b8-%d0%bd%d0%b0-%d0%b1%d1%8a%d0%bb%d0%b3%d0%b0%d1%80%d0%b8%d1%82%d0%b5-%d1%81%d0%bf%d1%80%d1%8f%d0%bc%d0%be-%d0%bf%d1%80%d0%b5%d0%b4%d1%81%d1%82%d0%be%d1%8f-5/>.

⁵ PP GERB, « POLITICHESKA PROGRAMA “BULGARIA SLEDVASHTO POKOLENIE” » [« Programme politique “Bulgarie nouvelle génération” »], publié en 2021 [consulté le 31 janvier 2023], URL :

<https://www.gerb.bg/files/useruploads/-%D0%93%D0%95%D0%A0%D0%91.pdf>.

- le suivi des patients à distance par télémédecine »⁶.

Le BSP, de l'autre côté, n'accorde pas autant d'importance à la pandémie de COVID-19 dans son programme électoral que le GERB⁷. Certes, dans l'introduction de ce programme, les socialistes avouent que la pandémie de COVID-19 a « montré que certains postulats traditionnels de l'État néolibéral sont irrémédiablement dépassés et doivent être repensés », mais dans les autres sections du programme, on ne voit aucune mesure spécifique pour faire face à la pandémie. Dans le domaine de la santé, ils donnent la priorité à la suppression du statut de société commerciale des hôpitaux, à la gratuité des médicaments pour les enfants jusqu'à 14 ans, à la réduction de la TVA sur les médicaments et bien d'autres éléments, mais sans les lier directement avec la gestion de la crise sanitaire.

Le DPS, dans son programme pour les élections⁸, évoque aussi la nécessité de réformes à la suite de l'éclatement de la pandémie, mais ne propose pas non plus de mesures spécifiques dans le domaine sanitaire pour mieux gérer cette crise. Ses priorités sont le développement économique accéléré, gérer la crise démographique, encourager les investissements, etc.

L'ITN est l'une des formations qui ont déjà déclaré, clairement, leur forte opposition aux mesures antiépidémiques mises en place par le gouvernement Borissov-3 au début de la pandémie. Le leader du parti, Slavi Trifonov, pense que « tout le pays est fermé, ne travaille pas, ne fonctionne pas, les gens perdent leur emploi et sont enfermés dans leurs maisons, ne peuvent pas aller dans les parcs et sont obligés de regarder tous les jours, à la télévision, les constatations effrayantes et les menaces de deux généraux à cause de... rien »⁹. Par conséquent, il n'est pas surprenant que le parti ne propose aucune mesure spécifique liée à la gestion de pandémie de coronavirus dans son programme électoral¹⁰. Par rapport à la politique de santé, le parti offre des réformes comme le changement du modèle actuel de soins de santé, la suppression des chemins cliniques, etc.

La « Bulgarie démocratique », à la différence de DPS, ITN et BSP, mais pareillement au GERB, propose de nombreuses mesures concrètes pour une

⁶ *PP GERB*, « POLITICHESKA PROGRAMA “BULGARIA SLEDVASHTO POKOLENIE” », art. cit.

⁷ *BSP*, « Predizborna platforma 2021 » [« Programme électoral 2021 »], publié en 2021 [consulté le 31 janvier 2023], URL : <https://bsp.bg/files/predizborna-platforma.pdf>.

⁸ *DPS*, « Predizborna platforma 2021 » [« Programme électoral »], publié en 2021 [consulté le 4 mai 2022], URL : <https://www.dps.bg/elections/izbori-2021-4april/programa.html>.

⁹ *Offnews*, « Slavi Trifonov: Nyama epidemia ot koronavirus, dvama generalni ni plashat » [« Slavi Trifonov : Pas d'épidémie de coronavirus, deux généraux nous font peur »], publié le 09 avril 2020 [consulté le 15 juin 2022], URL : <https://offnews.bg/obshtestvo/slavi-trifonov-niama-epidemia-ot-koronavirus-dvama-generalni-ni-plash-726169.html>.

¹⁰ *PP ITN*, « Predizborna programa zdraveopazvane » [« Programme électoral Santé »], publié en 2021 [consulté le 31 janvier 2023], URL : <https://pp-itn.bg/wp-content/uploads/2021/06/%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B5%D0%BE%D0%BF%D0%B7%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B5.pdf>.

meilleure gouvernance de la pandémie¹¹. Ils promeuvent la création d'un système d'informations pour la surveillance et l'étude de la propagation des maladies infectieuses, ainsi qu'un centre d'information unique pour la distribution des lits d'hôpitaux vacants, couvrant l'ensemble du pays. DB expose également qu'il vaudrait mieux introduire une application électronique pour la consultation en ligne en temps réel des citoyens en présence de la symptomatologie COVID-19, et pour une orientation précoce, et différenciée, vers le niveau de soins médicaux approprié. Une autre proposition concrète est d'élargir les tests de dépistage de COVID-19 pour avoir une image plus actualisée de l'incidence du coronavirus dans le pays. La DB se distingue des autres formations par l'expertise de leur programme, plaçant en tête de leur liste le pneumologue Alexander Simidchiev, qui considère que l'on doit entreprendre des politiques ciblées « pour convaincre les gens qu'il est dans leur propre intérêt et dans celui de la société de faire vacciner davantage de personnes », en ajoutant que les vaccins ne sont pas obligatoires et que « la vaccination apporte des avantages non seulement sur le plan personnel, mais aussi sur le plan public »¹².

« Debout ! Mafia dehors » a aussi démontré son opposition aux mesures antiépidémiques du gouvernement Borissov-3. En octobre 2021, au début de la deuxième vague de la pandémie, les leaders de l'« Otrovno trio » se mirent en scène, avec une opération de brûlage de masques chirurgicaux, pour exposer leur désaccord vis-à-vis de l'obligation des masques dans l'espace public ; leur contestation visait aussi les changements prévus par la *Loi sur la radio et la télévision*. Arman Babikyan pense que les amendements de cette loi ne correspondent pas à ce qui a été convenu précédemment, et que les masques « n'arrêteront pas leurs bouches »¹³ d'exprimer leur désaccord face à ces réformes.

¹¹ MARKOV A, « IZBORI 2021: Sravnete predizbornite obeshtania na partiite » [« ÉLECTIONS 2021 : Comparez les promesses électorales des partis »], publié le 18 mars 2021 [consulté le 30 avril 2021], URL :

<https://bntnews.bg/news/izbori-2021-sravnete-predizbornite-obeshtaniya-na-partiite-1100677news.html>.

¹² *Mediapool*, « “Demokratichna Bulgaria” s tri klyuchovi merki za spravyane s koronakrizata » [« “Bulgarie démocratique” avec trois mesures clés pour faire face à la crise du coronavirus »], publié le 24 mars 2021 [consulté le 30 avril 2021], URL : <https://www.mediapool.bg/demokratichna-bulgaria-s-tri-klyuchovi-merki-za-spravyane-s-koronakrizata-news319797.html>.

¹³ *ClubZ*, « Den 105: gorene na maski, blokada na “Orlov” i “nyama da ni zapushat ustite” » [« Jour 105 : masques brûlés, blocage d’“Orlov”, et “ils ne nous fermeront pas la bouche” »], publié le 21 octobre 2020 [consulté le 15 juin 2022], URL : https://www.clubz.bg/105446-den_105_gorene_na_maski_blokada_na_orlov_i_nyama_da_ni_zapushat_ustite.

Quelques mois plus tard, dans son programme électoral, l'IMV propose une liste de mesures très détaillées par rapport à la pandémie de COVID-19¹⁴ :

- « optimiser le plan de gestion de crise du COVID, dont la Bulgarie ne disposait pas dans les phases les plus aiguës de la pandémie ;
- rétablir les activités planifiées dans les hôpitaux afin de ne pas mettre en danger la vie d'un grand nombre de personnes atteintes de maladies chroniques graves ;
- participation active des médecins généralistes et des structures de soins ambulatoires dans la lutte contre le COVID-19 ;
- superviser le processus de restructuration des hôpitaux dans le contexte de la pandémie, afin de s'assurer que les patients gravement malades ne se voient pas refuser l'admission lorsqu'il n'y a pas de lits disponibles ;
- payer les tests COVID-19 avec des fonds publics ;
- augmenter le coût des pistes cliniques liées à la COVID-19 ;
- mettre en place un ensemble de mesures pour appliquer le plan de vaccination afin que les groupes les plus vulnérables soient vaccinés en priorité ;
- assurer un approvisionnement régulier en vaccins et veiller à ce qu'ils soient correctement conservés ;
- améliorer l'organisation de la vaccination »¹⁵.

La septième force politique, qui était pressentie pour franchir le seuil de 4 % et ainsi entrer dans la 45^e Assemblée nationale – la VMRO –, vise « une approche et une action proactives pour maîtriser la crise du COVID »¹⁶, en se fondant sur trois principes : tout d'abord, il conviendrait « d'assurer une vie normale sans interruption pour les citoyens non affectés par l'infection » ; ensuite il faudrait « tester massivement les populations à risque déjà identifiées par tests antigéniques » ; cela permettrait de « mettre sous quarantaine uniquement les cas confirmés par ces tests afin d'assurer une routine de travail normale pour les autres citoyens dans le respect des mesures antiépidémiques de base ». Le VMRO-BND estime que « tout le système de santé doit être inclus dans la bataille contre le COVID-19 », et qu'il s'agit d'« une approche qui devrait, d'une part, assurer le contrôle de la propagation de l'infection et, d'autre part, empêcher l'enfermement périodique de grands groupes de population dans un état de chômage forcé, ce qui accentuera les divisions au sein de la société et augmentera les craintes pour la santé ou les moyens de subsistance »¹⁷.

De cette analyse des programmes et manifestes électoraux, nous pouvons déduire que le COVID-19 est traité d'une manière différente par ces sept formations politiques dont on anticipe l'entrée au sein du pouvoir législatif. Dans

¹⁴ *Izpravise*, « Predizborna programa na KOALITSIA, IZPRAVI SE! MUTRI VAN! » [« Programme électoral de la COALITION « DEBOUT ! MAFIA DEHORS ! »], publié le 18 mars 2021 [consulté le 04 mai 2022], URL : <https://izpravise.bg/programa-2021-2025/>

¹⁵ *Izpravise*, « Predizborna programa na KOALITSIA, IZPRAVI SE! MUTRI VAN! », art. cit.

¹⁶ *VMRO*, « Predizborna programa na VMRO, 2021 » [« Programme électoral de VMRO 2021 »], publié le 16 mars 2021 [consulté le 4 mai 2022], URL :

<https://vmro.bg/%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B7%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B0-%D0%BD%D0%B0-%D0%B2%D0%BC%D1%80%D0%BE-2021-%D0%B3/>

¹⁷ *Ibid.*

le cas du GERB, de la VMRO, de la DB et de l'IMV, la pandémie trouve une place dans les documents électoraux, et plusieurs mesures spécifiques pour la gestion de la crise sont proposées ; en revanche, chez l'ITN, le BSP et le DPS, la pandémie est mentionnée très vaguement, et les mesures proposées sont plutôt des mesures générales dans le domaine de la santé, partiellement justifiées par la crise du coronavirus.

Organisation logistique des élections en situation de pandémie. Contexte sanitaire

Au printemps de l'année 2020, signant le début de la pandémie de SARS-CoV-2, la Bulgarie n'a pas été gravement touchée par la première vague. Cela s'explique par la réaction rapide du gouvernement Borissov-3, qui a mis en place des mesures radicales pour limiter sa diffusion. Il en a découlé une mortalité bien moins sévère que dans plusieurs autres pays européens¹⁸. De surcroît, pendant cette première vague, le « COVID-19 a semblé avoir peu d'importance dans la vie politique de la Bulgarie, qui s'est développée en parallèle. Bien que le parti nationaliste "Vuzrazhdane" ait organisé à la mi-mai 2020 de petites manifestations contre le manque de soutien économique, les mesures strictes de verrouillage et la 5 G (considérée dans certaines théories du complot comme responsable de la propagation du COVID-19), les manifestations massives de juillet visaient principalement la capture de l'État par des acteurs oligarchiques »¹⁹. L'année 2020 se caractérise par les manifestations protestataires de masse contre le gouvernement en général, plutôt que sur la gouvernance de Borissov-3 à propos de la pandémie en cours.

Néanmoins, le système de santé n'était pas préparé pour la deuxième vague de COVID-19 qui a frappé le pays à l'automne 2020 et qui, à la différence de la première, a été très meurtrière et a placé la Bulgarie parmi les pays les plus lourdement touchés par le coronavirus. Le gouvernement Borissov-3 n'a pas mis en place à temps des mesures restrictives plus sévères pour arrêter la propagation du COVID-19. Les conséquences de ce manque de réactivité face à la crise sanitaire sont, d'un côté, le chaos dans les hôpitaux bulgares avec, parfois, une pénurie aiguë de lits ; d'un autre côté, l'incapacité des autorités à dédommager de manière effective tous ces secteurs de l'économie touchés directement pas les restrictions antiépidémiques. Par conséquent, la deuxième vague du COVID-19, en Bulgarie, peut être considérée comme une période de précarité sociale très sérieuse au sein de la société.

À peine sortie de la deuxième vague, le pays a été atteint par la troisième vague de propagation de Covid-19 en 2021. Le contexte sanitaire, un mois avant les élections, est d'autant plus préoccupant que lors de la vague précédente. Les statistiques officielles du ministère de la Santé, pour la période 5 mars-4 avril

¹⁸ GUEORGUEVA Petia, « La Bulgarie face à la crise sanitaire du COVID-19 », *Lettre de l'Est*, n° 19, 2020, p. 4-10.

¹⁹ LÖBLOVÁ Olga, RONE Julia et BORBÁTH Endre, « COVID-19 in Central and Eastern Europe Focus on Czechia, Hungary, and Bulgaria », dans Greer Scott, King Elizabeth, Massard da Fonseca Elize, et Peralta-Santos André (dir.) *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*, Ann Arbor, University of Michigan Press, p. 413-435.

2021, démontrent avec acuité qu'une nouvelle étape, plus sérieuse, est atteinte en matière de crise sanitaire. Notons également que les données du Tableau I, présentées ci-dessous, représentant les cas actifs, ne sont pas tout à fait fiables parce que beaucoup de personnes n'ont pas été testées non seulement à cause du coût desdits tests, mais encore pour pouvoir continuer à travailler. C'est pourquoi il est important d'avoir à l'esprit que le tableau épidémique présenté n'a pas pour but de montrer des statistiques parfaitement exactes, mais plutôt le niveau approximatif de la morbidité et la gravité de la charge qui pèse sur le système de santé, pendant la campagne électorale.

Tableau 1. Cas actifs, hospitalisations, décès dus au Covid-19²⁰ en Bulgarie ; 5 mars-4 avril 2021

Date	Cas actifs de COVID-19 à cette date	Hospitalisations dues au COVID-19 à cette date	Nombre de malades du COVID-19 en soins intensifs à cette date	Décès liés au COVID-19 à cette date
5 mars 2021	34 237	5 307	440	10 506
12 mars 2021	39 823	6 604	502	11 094
19 mars 2021	51 919	8 082	670	11 817
26 mars 2021	64 120	9 281	769	12 512
4 avril 2021	69 177	10 521	758	13 507

Il y a une tendance, stable, de croissance du nombre des cas actifs, des hospitalisations, des malades en soins intensifs et des décès liés au Covid-19. Le nombre de cas actifs est doublé en un mois – indice clair de la large diffusion de Covid-19 sur le territoire, sans compter les personnes en contact avec ces cas et qui sont aussi mises en quarantaine. L'analyse est similaire concernant les hospitalisations liées au COVID-19 – le 5 mars, leur chiffre s'élève à 5 307, et le 4 avril ce résultat est doublé pour s'établir à 10 521. Les statistiques sont également inquiétantes en termes de patients en service de soin intensif – de 440 à 758 de personnes, soit une augmentation de plus de 58 %. La mortalité du COVID-19, pendant cette période, est aussi très élevée – le taux moyen par jour est de 100 cas mortels, ce qui classe la Bulgarie aux premières places sur cet indicateur, non pas seulement à l'échelle européenne, mais aussi à l'échelle mondiale. Certes, il faut admettre que « comme pour de nombreuses maladies, la cause ultime du décès dû au COVID-19 peut être autre chose, comme une pneumonie ou une crise cardiaque exacerbée par le virus. Les professionnels ou les gouvernements, dans certains cas, décident d'enregistrer ces causes de décès comme étant du COVID-19, et d'autres décident de les enregistrer comme des

²⁰ *Open Data Portal*, « Statistiques sur la prévalence du COVID-19 en Bulgarie », publié en 2020 [consulté le 10 avril 2022], URL : <https://data.egov.bg/data/resourceView/e59f95dd-afde-43af-83c8-ea2916badd19>.

décès par pneumonie ou crise cardiaque »²¹. Ainsi, la mortalité du COVID-19 est un indicateur qui nous donne une image approximative, pas tout à fait précise.

Sur le plan de la campagne de vaccination contre le coronavirus, les autorités sanitaires décident d'instaurer des « couloirs verts » de vaccination, permettant à chaque citoyen de se vacciner, même s'il ne fait pas partie du groupe prioritaire selon le plan national de vaccination. C'est un acte représentant un changement dans la stratégie des autorités par rapport à la campagne de vaccination, et qui a été considéré par certaines organisations non gouvernementales bulgares, comme une forme de discrimination indirecte par rapport aux groupes les plus vulnérables de la population. Le Comité d'Helsinki bulgare pense que ces groupes doivent être mis en priorité dans la campagne de vaccination. D'après lui, il faut vacciner tout d'abord, suivant le plan national, les groupes les plus vulnérables, avant de rendre les vaccins accessibles pour tous. Un autre problème lié aux « couloirs verts », tient dans la pénurie de vaccins chez les médecins généralistes, qui n'avaient pas assez de doses pour les patients voulant à se faire vacciner²². Il n'est donc pas tout à fait surprenant que ces actions des autorités sanitaires bulgares ne contribuent pas suffisamment au bon déroulement de la campagne de vaccination – de 268 544 doses administrées le 5 mars 2021²³, nous passons seulement à 503 570 le 4 avril. Les statistiques placent la Bulgarie, une nouvelle fois, à la dernière place dans l'Union Européenne en ce qui concerne la couverture vaccinale.

Prenant en considération l'ensemble de ces circonstances exceptionnelles, la Commission électorale centrale (CIK), autorité centrale responsable pour l'organisation et le déroulement des élections, adopte de nouvelles mesures pour faire face au grand nombre des citoyens qui ne peuvent pas voter : les personnes en quarantaine et celles qui sont en hôpital à cause du COVID-19. Conséquemment, la Commission électorale centrale adopte la Décision n° 2159 de 2 mars 2021²⁴, conformément au Code électoral de la République de Bulgarie, à la *Loi de la santé*, ainsi qu'à la *Loi sur les mesures et les actions pendant l'état d'urgence* décrétée par décision de l'Assemblée nationale le 13 mars 2020. Cette décision vient réglementer le vote des personnes sous quarantaine pour les élections du 4 avril 2021 :

²¹ GREER Scott, KING Elizabeth et MASSARD DA FONSECA Elize, « Introduction: Explaining Pandemic Response », dans Greer Scott, King Elizabeth, Massard da Fonseca Elize, et Peralta-Santos André (dir.) *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*, Ann Arbor, University of Michigan Press, p. 3-33.

²² *European Union Agency for Fundamental Rights*, « BULLETIN #7: CORONAVIRUS PANDEMIC IN THE EU – FUNDAMENTAL RIGHTS IMPLICATIONS: VACCINE ROLLOUT AND EQUALITY OF ACCESS IN THE EU », publié en 2021 [consulté le 31 janvier 2023], p. 32. URL : https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2021-coronavirus-pandemic-eu-bulletin-vaccines_en.pdf.

²³ *Дневник*, « Koronavirusat i vaksinirane: dannite na 5 mart » [« Coronavirus et vaccination : les données du 5 mars »], publié le 05 mars 2021 [consulté le 15 juin 2022], URL : https://www.dnevnik.bg/bulgaria/2021/03/05/4182096_koronavirusut_i_vaksinirane_dannite_na_5_mart/#.

²⁴ CIK, « RESHENIE № 2159-NS Sofia, 2 mart 2021 » [« DÉCISION N-2159-NS, Sofia, 2 mars 2021 »], publié le 02 mars 2021 [consulté le 4 mai 2022], URL : <https://www.cik.bg/bg/decisions/2159/2021-03-02>.

- « On peut constituer une section électorale mobile dans le cas où, jusqu'au 31 mars 2021 (trois jours avant les élections), il y a au moins dix déclarations déposées par des citoyens sous quarantaine dont le domicile permanent ou actuel se trouve sur le territoire d'un lieu peuplé spécifique.
- Cette déclaration peut être déposée par les électeurs en quarantaine soit par voie électronique, soit personnellement par une personne autorisée, soit par la poste aux organes compétents d'après article 23 du *Code électoral* bulgare, c'est-à-dire aux administrations de la municipalité dans laquelle est domiciliée la personne en quarantaine.
- Les sections électorales mobiles sont composées de trois membres. Ils reçoivent une combinaison de protection jetable, des gants, un casque de protection avec un masque chirurgical ou de type FFP2/FFP3. Ils ont également la possibilité d'être vaccinés contre le COVID-19 afin d'être mieux protégés du virus pendant leur rencontre avec les électeurs sous quarantaine »²⁵.

Dans le même temps, pendant cette crise de santé publique, le ministère de la Santé rend public, le 18 février 2021, un document spécifique sur le déroulement des élections en pleine crise sanitaire : les *Instructions pour la tenue des élections des députés dans le pays le 4 avril 2021 dans les conditions d'une situation d'urgence épidémique déclarée en lien avec le COVID-19*²⁶. Ce protocole sanitaire de 12 pages présente les mesures essentielles que les autorités vont prendre pour faire face à la propagation du COVID-19 avant, pendant, et après la journée des élections en Bulgarie et à l'étranger. Parmi les mesures les plus importantes, nous retrouver :

- « Placer des panneaux d'information dans un endroit bien en vue ou informer les participants au processus électoral de l'obligation de porter un masque de protection, de respecter la distance physique et de pratiquer l'hygiène des mains ;
- Séparation, dans la mesure du possible, des couloirs d'entrée et de sortie séparés dans le bâtiment dans lequel se trouvent les bureaux de vote, ainsi que leur marquage approprié. Si cela n'est pas possible, séparer les couloirs pour le mouvement à sens unique des électeurs et des autres participants au processus électoral, à l'aide de marquages et de limiteurs ;
- Mise à disposition des désinfectants pour les mains à l'entrée du bâtiment du bureau de vote et/ou à l'entrée du bureau de vote ;
- Désinfection périodique des surfaces de contact ;
- La mesure de la température corporelle des membres des commissions électorales sectorielles avec un thermomètre sans contact ; les personnes ayant de la fièvre (au-dessus de 37 °C), ou présentant des manifestations

²⁵ CIK, « RESHENIE № 2159-NS Sofia, 2 mart 2021 », art. cit.

²⁶ *Ministerstvo na zdraveopazvaneto*, « Ukazania za provezhdane na izborite za narodni predstaviteli v stranata na 4 april 2021 godina v usloviyata na obyavena izvanredna epidemichna obstanovka vav vrazka s COVID-19 » [« Instructions pour la conduite des élections nationales du 4 avril 2021 dans le contexte d'une urgence épidémique déclarée en relation avec le COVID-19 »], publié en 2021 [consulté le 31 janvier 2023], URL : https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/02/18/ukazaniq-izbori.pdf.

de maladies respiratoires aiguës (toux, écoulement nasal, difficultés respiratoires, etc.), ne sont pas autorisées à la section du bureau de vote ;

- Minimiser les contacts directs (poignée de main, câlin, etc.) ;
- Il est recommandé que la formation de ceux qui participeront au processus électoral, dans la mesure du possible, se fasse à distance »²⁷.

Nous pouvons certainement dire que la CIK a fait tout ce qu'elle pouvait afin de réduire le risque sanitaire pendant les élections ; il appartenant au pouvoir législatif de prendre des mesures supplémentaires anti-épidémiques. Par des changements du *Code électoral*, les autorités auraient pu introduire le vote par la poste, le vote par procuration, ou bien le vote électronique – des méthodes de vote utilisées dans différents pays du monde : le premier, aux États-Unis pendant l'élection présidentielle de 2020, par exemple. Bien sûr, nous pourrions concéder que de tels changements exigeraient un temps préparatoire plus important avant leur adoption, parce qu'ils n'ont jamais été mis en œuvre dans l'histoire électorale du pays.

Résultats et conséquences des élections

Selon les résultats officiels des élections du 4 avril 2021²⁸, la participation électorale a été de 50,61 %. Cela démontre une baisse de plus de 3,4 % en comparaison avec les élections législatives précédentes, pour lesquelles la participation s'élevait à 54,07 %. L'une des raisons pour lesquelles nous pouvons expliquer cette baisse de plus de 3 %, tient dans la pandémie de COVID-19, et le risque sanitaire de contracter le virus. Bien entendu, il est possible de relever d'autres motifs explicatifs de cette baisse, comme le manque de confiance des citoyens envers les forces politiques.

²⁷ *Ministerstvo na zdraveopazvaneto*, « Ukazania za provezhdane na izborite za narodni predstaviteli v stranata na 4 april 2021 godina v usloviyata na obyavena izvanredna epidemichna obstanovka vav vrazka s COVID-19 », art. cit.

²⁸ *CIK*, « PARLAMENTARNI IZBORI 4 APRIL 2021. Rezultati » [« ÉLECTIONS PARLEMENTAIRES DU 4 AVRIL 2021. Résultats »], publié en 2021 [consulté le 4 mai 2022], URL : <https://results.cik.bg/pi2021/rezultati/>.

Tableau 2. Résultats des cinq dernières élections générales bulgares (2009-2021)

Partis/ Coalitions	Élections de 2009			Élections de 2013		
	Votes valides (V.v.)	%	Sièges (S.)	V.v.	%	S.
ITN	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
GERB	1 678 641	39,7	116	1 081 605	30,5	97
BSP (KB)	748 147	17,7	40	942 541	26,6	84
DB	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
DPS	610 521	14,5	38	400 466	11,3	36
IMV	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
OP	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
VMRO- BND	En coalition avec RZS			66 803	1,9	0
Taux de participation	60,2 %			51,3 %		

Partis/ Coalitions	Élections de 2014			Élections de 2017			Élections de 2021 I		
	Votes valides (V.v.)	%	Sièges (S.)	V.v.	%	S.	V.v.	%	S.
ITN	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	565 014	17,66	51
GERB	1 072 491	32,7	84	1 147 292	32,7	95	837 707	25,8	75
BSP (KB)	505 527	15,4	39	955 490	27,2	80	480 146	14,8	43
DB	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	302 280	9,3	27
DPS	487 134	14,8	38	315 976	9	26	336 306	10,4	30
IMV	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	150 940	4,7	14
OP	Ø	Ø	Ø	318 513	9,3	27	Ø	Ø	Ø
VMRO- BND	Faisant partie du Front patriotique			Faisant partie de l'OP			116 434	3,6	0
Taux de participation	51,1 %			54,1 %			49,1 %		

Source : Commission centrale électorale - <https://cik.bg/>.

Six formations politiques franchissent le seuil parlementaire de 4 %. Le parti sortant, le GERB, remporte les élections avec 837 707 voix, soit 26,18 % des bulletins de vote valides. Ce résultat donne au GERB 75 sièges dans la

45^e Assemblée nationale. Contrairement aux prévisions statistiques, à la deuxième place se positionne l'ITN, qui participe pour la première fois aux élections générales. Il rassemble 565 014 voix, soit 17,66 % des votes, et 51 sièges au parlement. À la troisième place, nous trouvons la coalition des socialistes, « BSP pour la Bulgarie » (KB), qui a reçu 480 146, soit 15,01 % des votes exprimés et 43 sièges parlementaires. Le DPS est la quatrième force parlementaire avec 336 306 voix obtenues, 10,51 % des votes, et 30 mandats. La coalition « Bulgarie démocratique » recueille 302 280 votes (9,45 %), et obtient 27 sièges. La sixième force politique au parlement, la coalition IMV, récolte 150 940 voix, ou 4,72 % des votes valides et 14 députés. La VMRO-BND, qui participe aux élections sans ses anciens partenaires de coalition « Ataka » et NFSB, reste hors du parlement avec 116 434 votes (3,64 %).

En observant ces résultats, on observe un parlement fragmenté, avec six formations parlementaires très différentes. Dans cette situation, d'après Giovanni Sartori, « plus les partis sont nombreux, plus il faut s'interroger sur le potentiel de gouvernement, ou de coalition, de chaque parti. Ce qui pèse réellement dans la balance du multipartisme, c'est la mesure dans laquelle un parti peut être nécessaire comme partenaire de coalition pour une ou plusieurs des majorités gouvernementales possibles. Un parti peut être petit, mais avoir un fort potentiel de négociation de coalition. Inversement, un parti peut être fort, mais ne pas avoir de pouvoir de coalition »²⁹. Par conséquent, dans le cas bulgare, le potentiel de coalition peut s'avérer le facteur le plus important pour former un gouvernement stable.

Ces élections représentent une victoire significative pour les « partis de la protestation » – DB, ITN et IMV –, qui entrent pour la première fois au parlement, et une perte pour les « partis du *statu quo* ». Le GERB perd plus de 300 000 de voix, et plus de 7 % de soutien, en comparaison avec les élections générales précédentes. Mais le paradoxe tient en ce que, malgré cette perte considérable de voix et sa baisse de popularité parmi les citoyens, notamment pendant les protestations de l'été 2020, le parti de Borissov reste la première force politique du pays. La baisse pour le BSP, qui obtient 955 490 en 2017, est plus drastique, car c'est un recul de presque 50 % de l'électorat du parti (on observe une telle réduction du soutien électoral pour la deuxième fois après les élections de 2014). L'une des explications de ce résultat catastrophique des socialistes est le lien étroit entre le profil démographique des électeurs du parti, et le risque d'attraper le coronavirus. Selon les résultats officiels des élections législatives régulières d'avril 2021, il s'avère que 54,1 % de tous les électeurs du BSP appartiennent à la catégorie d'âge des plus de 60 ans. Cela représente, à court et plus long terme, un problème majeur pour les socialistes, car ce groupe démographique pourrait avoir plus de soucis à voter à cause du risque d'infection au COVID-19³⁰.

²⁹ SARTORI Giovanni, « Chapter 5. The numerical criterion », *Parties and Party Systems. A Framework for Analysis*, Oxford, ECPR Press, p.107-108.

³⁰ GANEV D, « Élections générales régulières 2021 : dynamique électorale et enjeux pour les principaux partis », *Politicheski izsledvania*, n° 1-2, 2021, p. 63.

L'augmentation du nombre des formations politiques qui participent à ces élections, en comparaison avec 2017, ainsi que l'entrée au parlement de nouvelles formations politiques dites « de la protestation », servent à nous montrer le retour d'une tendance déjà connue sur la scène politique bulgare après 2001 – c'est la fragmentation du système partisan bulgare, qui témoigne de l'instabilité de ce système, et qui est une caractéristique typique pour les démocraties non consolidées, tandis que ce phénomène n'est pas aussi prononcé dans les démocraties consolidées de l'Europe occidentale³¹.

Les partis de la coalition « Patriotes unis », qui en 2017 occupaient la troisième place avec 318 513 voix (9,45 %), participent cette fois séparément aux élections, et aucun d'entre eux ne réussit à dépasser le seuil électoral de 4 %. De fait, pour eux, ces élections sonnent comme un grand échec. Seul le DPS gagne en soutien électoral : plus de 20 000 votes de plus par rapport à 2017, quand il obtenait 315 976 voix.

La première séance plénière de la 45^e Assemblée nationale a eu lieu le 15 avril 2021³², après la confirmation officielle par la Commission centrale électorale des résultats, du nombre des mandats pour chaque parti, et des noms des députés³³. Parmi les 240 personnes du parlement ayant prêté serment comme membres de l'Assemblée nationale, il y a cinq députés qui ont participé à distance à cette première séance plénière inaugurale puisqu'en quarantaine³⁴ ; un autre était absent parce qu'hospitalisé à cause du COVID-19.

La juriste Iva Miteva (ITN) est élue présidente de l'Assemblée avec une majorité de 163 voix contre 75 votes pour l'ancienne présidente du 44^e Parlement – Tsveta Karayancheva (GERB). Les tâches initiales de ce nouveau parlement, comme il en est de coutume, sont d'élire les vice-présidents de chaque groupe parlementaire et de former des commissions parlementaires – au premier rang desquelles celle chargée de l'élaboration d'un Projet de règlement intérieur pour l'organisation et l'activité de l'Assemblée nationale.

Dans le même temps, le 20 avril 2021, conformément à l'article 99 de la *Constitution de la République de la Bulgarie*, le Président Roumen Radev donne mandat pour former un gouvernement au Premier ministre désigné par le groupe

³¹ TODOROV Antony, « La Bulgarie depuis 2007 : des partis politiques sans idéologies », dans Iancu Alexandra et Todorov Antony (dir.), *Réformes, démocratisation et anti-corruption en Roumanie et Bulgarie : dix ans d'adhésion à l'Union Européenne*, Bucarest, Editura Universităţii din Bucureşti, p. 29.

³² *Darzhaven vestnik na Republika Bulgaria*, « Ukaz № 110 za svikvane na parvo zasedanie na novoizbranoto Chetirideset i peto Narodno sabranie na 15 april 2021 g. ot 9,00 ch. » [« Décret n° 110 portant convocation de la première séance de la quarante-cinquième Assemblée nationale nouvellement élue le 15 avril 2021 à 9 h »], publié le 14 avril 2021 [consulté le 4 mai 2022], URL : <https://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp?idMat=157487>.

³³ *Darzhaven vestnik na Republika Bulgaria*, n° 30, publié le 13 avril 2021 [consulté le 4 mai 2022], URL : <https://dv.parliament.bg/DVWeb/broeveList.faces>.

³⁴ *Investor.bg*, « 45-oto Narodno sabranie: Novite 240 deputati polozhiha kletva » [« 45^e Assemblée nationale : 240 nouveaux députés prêtent serment »], publié le 15 avril 2021 [consulté le 15 juin 2022], URL : <https://www.investor.bg/ikonomika-i-politika/332/a/45-oto-narodno-sybranie-novite-240-deputati-polojhiha-kletva-326052/>.

parlementaire le plus important en nombre de sièges – en l’occurrence, à l’ancien ministre des Affaires étrangères entre 2014 et 2017, Daniel Mitov du GERB. Celui-ci a un délai maximum de 7 jours pour réaliser ce mandat. Pour la première fois dans son histoire, le GERB ne nomme pas son leader, Boyko Borisov, à la position de Premier ministre. Il ne veut pas, « comme [le Président] Radev, diviser la nation en deux », et donc « propose un autre Premier ministre, avec une orientation européenne très claire »³⁵. Le candidat au poste de Premier ministre, Mitov, propose une composition de gouvernement dont la majorité comprendrait des ministres du gouvernement sortant. Cependant, les autres partis politiques du parlement refusent de participer aux négociations avec le GERB, ou de soutenir un gouvernement de ce parti.

Après l’échec du premier mandat, et donc de la première tentative de constituer un gouvernement, selon l’article 99 de la Constitution, le Président donne officiellement ce mandat à la deuxième force politique – donc à l’ITN et à son candidat pour le poste du Premier ministre, la joueuse d’échecs Antoaneta Stefanova. Immédiatement, cette dernière retourne le mandat au président. Avec cet acte, le risque de nouvelles élections législatives, cette fois préliminaires, devient de plus en plus grand.

La Constitution donne la liberté au Président de choisir à qui donner le troisième mandat, au groupe politique de son choix à l’exception des deux premiers déjà choisis. Cette option a une double flexibilité, car on ne précise pas sous quel délai, après le deuxième mandat, le Président est obligé de donner le troisième. On sait uniquement qu’après l’avoir attribué, la troisième force politique désignée dispose elle aussi de 7 jours pour réaliser ce mandat. Notons que le Président Radev ne ralentit pas la procédure mandataire, et octroie, une semaine plus tard, le troisième mandat au Parti socialiste bulgare. Plus précisément, il vise son leader, Kornelia Ninova, le 5 mai 2021. Or, cette décision s’avère un être un autre échec, car Ninova, conformément à la décision du Conseil national du parti du 1 mai 2021, rend tout de suite le mandat au Président Radev, sans proposer de gouvernement. Ainsi, pour la première fois dans l’histoire de la République de Bulgarie, aucun des partis politiques parlementaires désignés pour former un gouvernement ne parvient à le faire. Dans ce cas, toujours selon la procédure constitutionnelle, le 12 mai 2021³⁶, le Président, dissout le parlement par décret, et nomme d’office un gouvernement. Il annonce la tenue des élections parlementaires anticipées à la date du 11 juillet 2021.

³⁵ *Dnevnik*, « “Po-podgotven ot men nyama, no shte predlozha drug premier” : Borisov obyavi otteglyaneto si ot vlastta » [« “Il n’y a personne de mieux préparé que moi, mais je proposerai un autre premier ministre” : Borissov a annoncé son retrait du pouvoir »], publié le 14 avril 2021 [consulté le 4 mai 2022], URL : https://www.dnevnik.bg/izbori_2021/2021/04/14/4198035_po-podgotven_ot_men_niama_no_shte_predlozha_drug/?ref=home_layer2.

³⁶ *Darzhaven vestnik na Republika Bulgaria*, « Ukaz № 130 za razpuskane na Chetirideset i petoto Narodno sabranie na 12 may 2021 g. i nasrochvane na izbori za Narodno sabranie na 11 yuli 2021 g. » [« Décret n° 130 portant dissolution de la 45^e Assemblée nationale le 12 mai 2021 et convocation des élections à l’Assemblée nationale le 11 juillet 2021 »], n° 39, publié le 12 mai 2021 [consulté le 10 avril 2022], URL : <https://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp?idMat=158175>.

Concernant l'activité législative du 45^e Parlement bulgare, à cause de sa courte durée d'existence, nous pouvons dire que le nombre de lois adoptées est extrêmement restreint – uniquement deux lois sont entrées en vigueur sous cette législature : la *Loi sur la ratification du protocole modifiant l'accord entre le gouvernement de la République de Bulgarie et le gouvernement de la Roumanie sur les opérations transfrontalières de l'Air Policing* et la *Loi sur la modification et le complément du Code électoral*. Alors que la première de ces deux lois concerne justement la ratification d'une modification d'un accord bipartite avec la Roumanie, dans un domaine moins controversé à ce moment-là, la deuxième loi vise des réformes électorales – un sujet sur lequel, depuis 2009, à plusieurs reprises, « se sont mobilisés progressivement, tout d'abord, les grands partis politiques et les députés, puis la Cour constitutionnelle, des organisations non gouvernementales agissant comme des groupes de pression sur les parlementaires, la société civile et l'institution présidentielle »³⁷. Par rapport au vote à l'étranger, une modification importante du *Code électoral* vise la restriction du nombre des sections de vote dans les États qui ne font pas partie de l'Union européenne. Jusqu'à présent, dans les pays comme la Turquie ou les États-Unis par exemple, le nombre maximum de sections ne pouvait dépasser 35. Cette restriction est désormais supprimée avec les nouvelles modifications apportées au *Code*. Ainsi, à l'occasion des prochaines élections, nous pourrions constituer un nombre de sections de vote sans cette limite de 35 sections : chaque fois que 40 citoyens Bulgares soumettent leur volonté de voter à un endroit déterminé, une nouvelle section électorale sera alors constituée.

Une autre modification, essentielle, est de passer du vote avec des bulletins papier au vote électronique dans toutes les sections électorales de plus de 300 électeurs inscrits. On introduit également la surveillance vidéo du décompte du nombre des bulletins de vote après la fin de la journée électorale, pour assurer une plus grande transparence de ce processus. Enfin, les modifications adoptées prévoient de changer le mode de composition de la Commission électorale centrale : désormais, seuls les partis politiques avec une représentation au sein du parlement pourront proposer des membres de la CIK, en éliminant les partis qui ont seulement une représentation au sein du Parlement européen.

En revanche, d'autres projets d'amendements qui pourraient servir à réduire le risque sanitaire pour les prochaines élections – l'introduction du vote par la poste, proposée par « Bulgarie démocratique », le vote électronique à distance (idée de DB et de l'IMV), mais aussi la création d'une 32^e circonscription électorale « étrangère », proposée par les trois nouveaux groupes parlementaires (une proposition indirectement liée au COVID-19) –, ne gagnent pas assez de soutien des députés afin d'être adoptées.

³⁷ GUEORGUIEVA Petia, « Les changements des systèmes électoraux dans les pays d'Europe centrale et orientale : tendances, facteurs, acteurs », *Est Europa*, n° 2, 2016, p. 113.

Conclusions

Malgré la grande crise sanitaire pendant le déroulement des élections du 4 avril 2021, la participation électorale reste très proche des trois dernières élections parlementaires. On peut dire que, pour ces élections, la volonté d'un changement s'avère plus forte que la crainte de contracter le COVID-19. Certes, pour le BSP, nous pourrions admettre que leur résultat est influencé par la pandémie, car la plupart de son électorat provient du groupe démographique avec le plus grand risque de contracter une forme sévère de COVID-19.

Ces élections marquent le début du réalignement du système de partis bulgare avec l'imposition de l'opposition entre les « partis du *statu quo* », et les « partis de la protestation » au sein de la 45^e Assemblée nationale. Les grands perdants de ce processus, ce sont les partis de l'ancienne coalition, « Patriotes unis », qui ne parviennent pas à dépasser le seuil de 4 % pour entrer dans le Parlement bulgare. Ce réalignement politique marque la fin d'une période de cinq législatures, ou 16 ans, pendant lesquelles il y a eu au moins un parti d'extrême-droite au sein du pouvoir législatif.

Une autre conclusion de ces élections est que les mesures proposées par chaque formation politique, dans son programme électoral, à propos de la gestion de la crise sanitaire, ne semblent pas être déterminantes chez les électeurs pour privilégier tel ou tel autre parti. À l'exclusion du GERB, les autres formations ayant de telles mesures dans leur programme électoral occupent les cinquième, sixième et septième places : DB, IMV et VMRO, ce dernier restant en dehors du parlement, tandis que l'ITN, le BSP et le DPS, qui n'ont pas, ou presque pas, abordé la gestion de la crise sanitaire dans leurs programmes, sont devant ces trois formations. De ce fait, on peut dire que les principales raisons pour lesquelles les citoyens votent ne tiennent pas à la politique de gestion de la crise sanitaire. Au contraire, la pandémie pourrait plutôt servir comme cause d'abstention électorale, que de persuader les électeurs de voter pour un parti politique spécifique. Cependant, nous pourrions dire qu'il y a une influence indirecte de la pandémie sur ces élections. Elle a contribué, dans une certaine mesure, à la radicalisation des certaines formations politiques, comme l'ITN et l'IMV, qui s'opposent aux mesures antiépidémiques mises en place par le gouvernement sortant du GERB. Par conséquent, cette forte opposition à la gestion de la crise sanitaire compte parmi les raisons pour lesquelles les forces parlementaires n'ont pas réussi à faire un compromis pour former un gouvernement.

Le changement du système politique bulgare marque son début avec ces élections, mais le fait qu'aucun des partis ayant reçu mandat ne réussisse à former un gouvernement met en lumière le manque de compromis entre tous les partis parlementaires, par rapport au gouvernement du pays, et qu'ils ont encore un grand nombre de différences à surmonter entre eux. Par ailleurs, l'activité législative du Parlement, très courte, se focalise sur le changement du *Code électoral* avec des réformes orientées plutôt vers un allègement du processus électoral, plutôt que de réduire le risque épidémique.

À propos des auteurs et autrices

ANTONOV Ivaylo :

Ivaylo Antonov est diplômé du programme de licence en langue française « Politique internationale » de la Filière francophone du Département de sciences politiques de la Nouvelle Université Bulgare de Sofia. Il participe activement à plusieurs projets internationaux de jeunesse comme « Modèle Union Européenne Strasbourg » et effectue actuellement un stage dans une société de conseil pour des projets européens.

BLANCHARD Mélissa :

Melissa Blanchard, anthropologue, est chargée de recherche au CNRS, auprès du Centre Norbert Elias. Au cours de ses recherches elle a mené une réflexion croisée sur les thèmes de la migration, du genre, du retour et de la citoyenneté.

BONU Bruno :

Bruno Bonu est Maître de conférences à l'Unité de Recherche LHUMAIN de l'Université Paul-Valéry Montpellier 3. Ses travaux portent principalement sur l'interaction supportée par les technologies synchrones (téléphonie et communication vidéo). Il est actuellement responsable scientifique de recherches interdisciplinaires financées, en France et à l'international, sur le *Telecare*, la Téléconsultation, la Télémédecine et les appels d'urgence. Dans ses travaux il s'inscrit dans une Sémantique Procédurale, Visuelle et Interactionnelle.

DEROSAS Roberta :

Roberta Derosas, éducatrice spécialisée, est travailleuse sociale et cheffe de service auprès de l'Association de santé communautaire Autres Regards, à Marseille.

GIRAUD François :

François Giraud est Docteur en Médecine, spécialisé en Médecine d'Urgence. Ancien Médecin du Service Médical d'Urgence et de Réanimation (SMUR), ainsi que Médecin Régulateur au sein du Service d'Aide Médicale Urgente de Saint Etienne (SAMU 42) dont il a assuré la Direction Médicale. Actuellement Président de l'ONG « HELP DOCTORS », association médicale internationale d'Urgentistes à vocation humanitaire dans les zones de conflit ou de catastrophe (www.helpdoctors.org).

MATTERN Chiarella :

Chiarella Mattern est docteure en anthropologie et chercheure à l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM) depuis plus de 10 ans en tant que responsable de l'équipe Santé & Sciences Sociales (SaSS). Ses champs d'intérêts sont : la santé maternelle et infantile, la réponse et la préparation aux épidémies et les maladies infectieuses (paludisme, VIH et tuberculose). Chiarella a coordonné les activités du *work package 5* de REPAIR.

RAFANOMEZANTSOA Sitraka :

Sitraka Rafanomezantsoa est assistante de coordination pour le projet REPAIR, elle occupe ce poste à l'IPM depuis 2020. Ses activités concernent principalement l'appui à la collecte de données et la réalisation de la revue de la littérature.

RAFIRINGA Sonia :

Sonia Rafiringa est coordinatrice de projet au sein de l'équipe Santé & Sciences Sociales depuis 2019. Sonia est diplômée de la filière « population et développement » et a coordonné les activités de collecte et analyses de données l'étude qualitative de REPAIR à Madagascar. Depuis sa prise de poste à l'IPM, Sonia travaille essentiellement sur la thématique de la réponse aux épidémies (Peste en 2017 et en 2020 et COVID-19 de 2020 à 2022).

Résumés des articles

Bouleversement des pratiques des soignants face à la COVID-19 à Antananarivo, Madagascar

Chiarella MATTERN, Sonia RAFIRINGA et Sitraka RAFANOMEZANTSOA

La pandémie de COVID-19 a largement mis à l'épreuve les systèmes de santé et cristallisé leurs défaillances, mettant en lumière notamment les conditions d'exercice difficiles des professionnels de la santé. Les défis rencontrés par les personnels de santé ont été nombreux et portent à la fois sur les dimensions structurelles et relationnelles des soins. À partir de l'analyse des pratiques des soignants, cet article se propose de décrire les défis rencontrés par les professionnels de la santé dans l'exercice de leur métier, dans ce contexte inédit d'urgence. Plus particulièrement, nous proposerons une réflexion autour des nombreuses reconfigurations de leurs pratiques de soins face aux défis structurels imposés par l'épidémie, à travers le rapport à leur structure sanitaire, à leurs patients et à leur entourage, dans la gestion du risque de transmission. Les données présentées ici sont issues de l'étude qualitative menée à Madagascar sur les dimensions sociales de la COVID-19, menée dans le cadre du *Work Package 5* de REPAIR, un projet multidisciplinaire et mis en place dans 10 pays africains membres du Pasteur Network.

Informé, rassuré et décidé : les incertitudes en temps de pandémie, lors de la « première vague » Covid-19 au SAMU

François GIRAUD et Bruno BONU

Lors des prémisses de la crise sanitaire, les centres d'appel de santé ont dû adapter leurs pratiques. Dans ce cadre, une « Cellule Covid » a été créée en mars 2020, dans le centre SAMU de Saint-Étienne. Elle visait pendant quelques mois, à répondre aux questionnements du public concernant exclusivement les appels sur la suspicion de contamination au Coronavirus pendant « la première vague ». Les premières écoutes d'appels et les échanges avec l'un des médecins participants, le Docteur Giraud, co-auteur de ce texte, ont montré que les interactions relatives à cette période, quoique menées sous le dispositif de régulation de l'urgence, présentent des différences marquantes avec les demandes habituellement gérées par les Centres 15. L'interaction s'est vue complètement modifiée à partir d'un changement organisationnel, puisque c'est le Médecin Régulateur (MR) qui rappelle le demandeur. Ce dernier a déjà appelé les services d'urgence. Lors de ces appels « Covid », les Auxiliaires de Régulation Médicale (décrocheurs des appels au Centre 15) établissaient une

liste de requérants à rappeler par le MR. Ce dernier devait évaluer dans un éventail très large et variable de symptômes, la nécessité d'hospitalisation, le besoin de test et/ou la préconisation de l'isolement de l'appelant initial, dans un cadre partiellement incertain, dans le flux d'informations sanitaires de l'épidémie naissante. Le décalage épistémique traditionnel entre le professionnel et le profane (informé par les médias) était ainsi réduit. Nous analysons de manière interdisciplinaire, deux interactions enregistrées et transcrites selon la méthodologie de l'Analyse de Conversation. La première porte sur un appel du MR à un patient. Le second présenté concerne un entretien sur un cas de suspicion d'infection, à la demande d'un Médecin Urgentiste (MU), avec un MR. Cette contribution propose alors un regard « reconstitutif » sur des appels d'aide SAMU « atypiques », enregistrées et sauvegardées dans leur déroulement temporel, lors du « premier pic » de la pandémie.

Les travailleuses et travailleurs du sexe à Marseille aux temps du premier confinement : stratégie de réponse et réseaux de solidarité

Mélissa BLANCHARD et Roberta DEROSAS

Cette enquête a été réalisée au temps du premier confinement auprès d'un groupe de travailleuses et travailleurs du sexe (TDS) de Marseille et vise à comprendre comment iels se sont réorganisé·e·s face à la diminution ou à l'arrêt du travail imposés par le confinement. Parmi les populations les plus vulnérables, les TDS ont été particulièrement affecté·e·s par la pandémie. Cependant, le confinement n'a pas entraîné la même situation de détresse pour toutes les personnes que nous avons interviewé·e·s. Le confinement a fonctionné plutôt comme un révélateur : il a dévoilé et creusé les inégalités propres à la population des TDS, qui sont liées à la nationalité, au statut de migrant·e, au type d'activité exercée et à l'origine sociale, sans pour autant en être la cause. Les stratégies de réponse des TDS, face à cette crise, sont des stratégies de maximisation qui puisent dans des « bassins de ressources » complémentaires : elles mélangent le recours à la solidarité informelle, celle des réseaux d'entraide entre pairs, au recours à la solidarité formelle, celle des associations. Le manque d'engagement militant collectif, que nous avons observé auprès de la population d'enquête, n'implique pas l'absence d'une dimension collective dans la réponse à la crise. À l'époque du premier confinement, au contraire, la dimension collective a été centrale, mais elle a été mobilisée sous la forme de réseaux communautaires, toujours de manière informelle et invisible à un regard extérieur.

L'impact de la pandémie de Covid-19 sur les élections parlementaires d'avril 2021 en Bulgarie

Ivaylo ANTONOV

Dans cette étude l'auteur va étudier l'impact de la pandémie du COVID-19 sur les élections parlementaires bulgares du 4 avril 2021. Il va se concentrer sur le contexte politique avant les élections, ainsi que sur les mesures antiépidémiques prises par les autorités afin de réduire le risque de contamination au coronavirus. Enfin, il présentera et analysera, également, les résultats des élections.

Informations bibliographiques

ATLANI-DUAULT Laëtitia (dir.), *Les spiritualités en temps de pandémie*, Paris, Albin Michel, 2022, 217p.

Cet ouvrage collectif nous entraîne au cœur des enjeux théologiques posés par les épidémies ; les rapports entre la foi, le plan divin et la marche naturelle du monde. Une réflexion inter-cultes dédiée à la pandémie était nécessaire. Laëtitia Atlani-Duault, anthropologue et membre du conseil scientifique Covid-19 a réuni dans cet échange les principaux responsables religieux français dans un espace informel de réflexion sur la pandémie pour leur demander ce qu’avaient à dire les religions en pleine pandémie mortelle, avec des familles contraintes d’affronter la fameuse « distance sociale », la souffrance et les deuils, le silence et la solitude.

DUBASQUE Didier, *Les oubliés du confinement. Hommage aux plus fragiles et à ceux qui les aident*, Rennes, Presses de l’EHESP, 2021, 177p.

Ce recueil de témoignages, écrit par un assistant de service social, nous relate des événements vécus au jour le jour par des professionnels et des bénévoles de l’action sociale, des familles et des personnes en difficulté, entre mars et juin 2020. Les personnes fragiles en difficulté dont il est ici question sont des personnes handicapées, dépendantes et âgées, des « sans domicile », des migrants, des mères isolées, etc. Cet ouvrage a été écrit pour ne pas oublier les « petites mains du social » qui ont poursuivi leurs missions d’aide et de protection des personnes vulnérables et fragiles durant les premiers mois de l’épidémie confrontés le plus souvent à des directives contradictoires et pas toujours suffisamment coordonnées.

FASSIN Didier, *Les mondes de la santé publique. Excursions anthropologiques. Cours au Collège de France 2020-2021*, Paris, Seuil, 2021, 391p.

La leçon du 16 juin 2021 (p. 299-350), intitulée *Lectures de la pandémie*, dresse un tableau très précis de la conduite des actions de lutte de la pandémie à l’échelle internationale. Une large partie de ces leçons données au Collège de France a été écrite depuis un confinement aux Etats-Unis, ce qui rend possible une utile comparaison entre ce pays et la France. L’analyse proposée peut aussi être resituée dans la continuité des leçons précédentes (du 14 avril 2021 au 9 juin 2021) qui reviennent sur la naissance de la santé publique, les crises éthiques, les thèses complotistes, la santé des immigrés ou encore les épreuves carcérales.

GAILLE Marie et TERRAL Philippe (dir.), *Pandémie. Un fait social total*, Paris, CNRS éditions, 2021, 230p.

Ce travail collectif, dirigé par une philosophe et un sociologue, s'inscrit dans une volonté d'appréhender la pandémie dans toutes ses dimensions, tout en convoquant les sciences humaines et sociales (SHS) qui peuvent ici apporter un éclairage pertinent sur « un fait social total » qui repose sur une approche pluridisciplinaire intégrée. Les SHS ont été beaucoup sollicitées depuis vingt-cinq ans pour produire une recherche sur la « perception des risques » et sur « l'acceptabilité des risques » attachés à telle ou telle technologie. Puis on s'est penché sur la construction des savoirs sur les risques, sur les logistiques de crise, sur la légitimité des victimes de risque/crise. Avec la pandémie de COVID-19 on se pose la question de savoir si la pandémie est une crise (seulement) sanitaire, si elle est le révélateur ou l'amplificateur d'enjeux sociaux préexistants, et de savoir comment agit le pouvoir politique dans sa gestion de crise.

HERMESSE Julie et al., *Masquer le monde. Pensées d'anthropologues sur la pandémie*, Louvain-la-Neuve, Academia, 2020, 179p.

Six collègues du Laboratoire d'anthropologie prospectives, professeurs à l'UC Louvain, ont produit un essai commun sur la thématique de la pandémie mondiale liée au Sars-CoV-2 dont la propagation constitue un « point de bascule historique » inédit avec des sociétés aux quatre coins du monde suspendues aux mesures de protection de la population, à des choix sanitaires et politiques effectués dans l'urgence. Plusieurs entrées sont proposées à commencer par les interactions entre les hommes, les animaux et le reste du vivant, l'anthropologie des catastrophes, de la peur et la gestion mortifère des épidémies, le masque et les nouvelles proxémies, la multiplication des non-lieux du vivre ensemble, etc. Les exemples sont aussi puisés dans les pratiques pandémiques en Belgique.

LARDELLIER Pascal, *La bonne distance ? Petite anthropologie d'une crise sanitaire*, Paris, MKF Éditions, 2022, 112p.

« La pandémie aura ouvert une crise de la distance [...] le virus a objectivement ouvert un nouvel ordre social. Faire confiance, c'est offrir sa vulnérabilité à autrui. On en est loin à l'ère de la distanciation généralisée » (p. 101). En interrogeant, à la suite de Erving Goffman, le sens des interactions quotidiennes et les rites d'interaction, Pascal Lardellier nous invite à penser ce qu'implique une « société du sans-contact » où il convient de garder ses distances et de ne pas se toucher. Comment fonctionne cette « machinerie distanciatrice » et qu'impliquent cette « nouvelle norme sociale et morale », le distanciel qui s'est imposé dans le travail ? S'agit-il de mutations durables ou momentanées ? Comment trouver sa juste place en société sans être ni solitaire, ni envahissant ?

MUXEL Anne, *L'Autre à distance. Quand une pandémie touche à l'intimité*, Paris, Odile Jacob, 2021, 302p.

Sociologue spécialiste de l'interface entre sphère publique et sphère privée, Anne Muxel nous propose une réflexion très argumentée sur les changements dans les vies familiales, sociales, professionnelles, de chacun d'entre nous, à la suite des restrictions sanitaires, aux confinements et aux gestes barrières qui ont accompagné la pandémie de COVID-19, dans un épisode de plusieurs mois totalement inédit. Cette analyse basée sur des enquêtes met en particulier l'accent sur la mise à distance des aînés « pour les protéger » ou encore sur les couples 'à l'épreuve du confinement », s'interroge sur les situations abusives dans les Ehpad et le risque d'isolement des jeunes. Notre intimité, nos manières de vivre et de travailler sont systématiquement passées en revue pour expliquer les mutations associées à cette pandémie.

STIEGLER Barbara, *De la démocratie en pandémie. Santé, recherche, éducation*, Paris, Tracts Gallimard, n° 23, 2021, 51p.

Dans ce court essai, propre au forma de la collection des Tracts Gallimard, écrit en situation de pandémie de COVID-19, il est avant tout question du sort de la démocratie qui a du mal à émerger dans la façon dont les débats politiques cruciaux semblent avoir été mis sous l'éteignoir depuis les débuts de la crise épidémique, dès le mois de mars 2020. Des alternatives en termes de débat démocratique, d'esprit critique, sont possibles face à la peur, à l'acceptabilité sociale des mesures drastiques de confinement ou de couvre-feu, à la stratégie de l'omerta qui règne dans un espace public qui tend à rendre impossible la discussion scientifique sur la pandémie. Barbara Steigler nous propose en particulier de « réarmer le travail critique d'une recherche scientifique, conduite avec les citoyens, pour imaginer d'autres organisations » (p. 48).