



HAL
open science

A la recherche de la déférence perdue : crise sanitaire et épidémiologie populaire

Jean-Noël Ferrie, Saadia Radi

► To cite this version:

Jean-Noël Ferrie, Saadia Radi. A la recherche de la déférence perdue : crise sanitaire et épidémiologie populaire. Cahiers de la sécurité et de la justice : revue de l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice, 2022. hal-03625479

HAL Id: hal-03625479

<https://hal.science/hal-03625479v1>

Submitted on 30 Mar 2022

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

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

A la recherche de la déférence perdue : sanitaire et épidémiologie populaire

Les épidémies se diffusent par les contacts entre les personnes, il n'est donc pas étonnant que le premier moyen envisagé pour lutter contre celles-ci consiste à agir sur interactions humaines. La réponse médicale, pour les maladies émergentes, vient forcément après. Si ce constat est simple à faire, sa mise en œuvre s'avère, en revanche, compliquée. L'une des pratiques les plus anciennes, quasiment à l'origine de la santé publique, pour lutter contre les épidémies est la quarantaine, c'est-à-dire l'interdiction de déplacement faite individuellement ou collectivement à des personnes présentant un risque. Il était relativement facile d'empêcher des navires de toucher au port ou de tenir enfermer un groupe de malades. Cette politique simple, dans sa conception, se heurte, toutefois, à de nombreuses difficultés dans un monde contemporain où les déplacements multi-niveaux tissent la trame de la vie économique et sociale en même temps que les consignes des autorités sanitaires s'avèrent d'emblée insérées dans les réseaux des controverses. À ces difficultés s'en ajoute une autre reposant un problème constant et que l'on pourrait dire constitutif des sociétés humaines - et par conséquent des sciences sociales -, celui du respect de la règle. Le contrôle des interactions humaines implique en effet l'édiction de règles. Le propre des règles est, cependant, de n'être efficaces qu'insérées dans l'agentivité, c'est-à-dire dans le système d'action des individus concernés. Elles ne s'appliquent pas en tant que telles ; elles s'appliquent par l'intermédiaire de ce système d'action. C'est ici toute la difficulté de ce qui pouvait initialement paraître relativement aisé, n'impliquant que d'édicter, de surveiller, éventuellement de contraindre et, si nécessaire, de punir.

Pourquoi ? Parce qu'une règle régissant un comportement n'est jamais la seule règle s'appliquant à ce comportement (I). Prenez la règle : « ne pas serrer la main », elle s'oppose directement à la règle « il ne faut pas refuser de serrer la main que l'on vous tend ». Il importe également de tenir compte du fait qu'une règle est toujours édictée en général alors qu'elle est toujours mise en œuvre en particulier (II). Prenez ainsi la règle « n'embrassez personne » et réfléchissez à la manière de l'appliquer en continu à un jeune enfant, le vôtre. La contextualisation, sa casuistique en quelque sorte, est une opération routinière caractérisant nos comportements dans tous les domaines. Elle introduit forcément de la variabilité y compris chez ceux qui entendent suivre la règle. Considérez la consigne : « se laver régulièrement les mains », cela veut-il dire toutes les heures ou toutes les deux heures ? Par ailleurs, dois-je simplement me les laver régulièrement ou aussi en certaines circonstances indépendantes de la régularité, par exemple après avoir manipulé des pièces de monnaies ? Le respect de cette règle peut ainsi amener des comportements très contrastés. Dernier problèmes et non des moindres : la confiance dans le bien-fondé de l'injonction (III). Plus une règle implique des conduites relevant du privé, de l'intime et de l'individuel plus il est nécessaire qu'elle obtienne l'adhésion de chacun pour être appliquée, puisque son application dépend avant tout de cette adhésion. La police sanitaire est essentiellement une police publique non panoptique. Ces trois difficultés dessinent les limites de l'action des autorités prenant en charge cette police et, surtout, relativisent ses injonctions et, partant, leur fiabilité. Après tout, s'il est possible de ne pas respecter sans conséquences négatives des consignes de sécurité, il est facile d'en déduire que le risque encouru était inférieur à ce qui avait été annoncé, surtout lorsqu'il s'agit d'une expérience partagée. Ce raisonnement s'avère des plus répandus.

C'est à partir de là que nous allons aborder le problème de la déférence. La déférence consiste à faire sien l'avis de personnes ayant une connaissance experte, scientifique ou technique, dans un domaine ou sur des questions vis-à-vis desquels nous sommes profanes (Kaufmann, 2008). Il peut s'agir et il s'agit souvent d'une attitude rationnelle consistant à s'en remettre à ceux qui savent ; le paradoxe de cette attitude est qu'elle se fonde sur la suspension de la posture critique inhérente à l'exercice de la raison. De fait, la déférence nous conduit à accepter comme vrai ou juste une affirmation ou une injonction en fonction du statut social de celui qui l'énonce. C'est ce qui se passe en général lorsque nous consultons un médecin : celui-ci est fiable *a priori*, parce que nous savons qu'il est « docteur », c'est-à-dire titulaire d'un savoir reconnu, transmis et contrôlé par des institutions spécialisées. Il n'est pas fiable parce que nous comprenons de nous-mêmes les raisons techniques qu'il a de nous prescrire ceci ou cela. Il est nécessaire de contraster la déférence et l'obéissance. L'obéissance ne consiste pas à croire à la fiabilité d'une affirmation ou d'une injonction mais à s'y soumettre en fonction, non pas des connaissances supposées de son auteur, mais de son positionnement hiérarchique, c'est-à-dire du droit et des moyens qu'il a d'imposer ce qu'il dit indépendamment de ce qu'il sait. C'est ce qui se passe lorsqu'un agent de police vous ordonne : « circulez » ou « arrêtez-vous ». La police sanitaire est fondée sur la déférence et l'obéissance, et sur un équilibre pragmatique plus ou moins fonctionnel entre les deux, privilégiant, cependant, la déférence.

La déférence comme l'obéissance ont, cependant, à pâtir des trois attitudes que nous avons énoncées plus haut : (I) la pluralité des règles potentiellement pertinentes pour un même cas de figure, (II) l'indépassable contextualité de celles-ci¹ et (III) la confiance dans le pertinence de leurs prescriptions. Elles pâtissent également d'une tendance bien compréhensible mais contre-performante consistant, pour les responsables de la police sanitaire, à vouloir mêler déférence et obéissance, comme si la déférence et l'obéissance n'étaient finalement que la même chose, l'assurance de l'obéissance vis-à-vis des consignes, alors qu'elles sont pragmatiquement opposées l'une à l'autre. La déférence dépend de la confiance et la confiance de la fiabilité. L'obéissance a sa source première « dans la peur du gendarme » qui n'a rien à voir avec le commencement de la sagesse (ou de la raison), puisqu'elle découle de la crainte d'être sanctionné pour le non-respect d'une consigne et non de la reconnaissance de sa validité².

Nous allons, maintenant, montrer les problèmes que posent la déférence ainsi que son articulation avec l'obéissance. Il s'agira d'une suite de cas permettant d'illustrer les problèmes que posent le mésusage de la déférence, les autorités publiques ayant tendance à en abuser sans trop s'interroger sur ses ressorts. C'est ainsi que notre conclusion mettra en avant l'inévitabilité de l'épidémiologie populaire³ (Brown, 1997) et, partant, l'impossibilité d'une déférence généralisée. Nous utiliserons des cas de figure tirés de nos propres travaux de terrain portant sur le Maroc ainsi qu'un cas Sénégalais et un cas Français. Nous souhaitons, en effet, proposer à la réflexion un mécanisme inhérent au fonctionnement de la police sanitaire indépendamment des contextes socio-culturels. Ce mécanisme est le suivant : 1.) les autorités

¹ Appliquer un règle est forcément une opération casuistique, y compris si elle est routinière.

² On peut, toutefois, ne pas obéir lorsque l'ordre ou la consigne sont manifestement absurdes ou contraire à l'humanité, mais il n'en découle pas que l'obéissance et la déférence soient une même chose. Dans le premier cas, on se conforme par confiance et dans le second on n'obéit pas par opposition ou incrédulité.

³ L'épidémiologie populaire consiste dans la mobilisation simultanée par les profanes de la connaissance de leur environnement et de leur connaissance des risques sanitaires pour évaluer la dangerosité d'une situation dont ils sont parties prenantes.

sanitaires tendent à surqualifier⁴ les consignes (et leur justification) dans le but d'obtenir déférence ; 2.) les citoyens ont tendance à les relativiser à partir de ce qu'ils observent, ceci d'autant plus facilement que la surqualification est forcément prise à défaut ; 3.) il en découle un doute sur la fiabilité des consignes et un affaiblissement général de la déférence du fait de la tactique suivie pour la renforcer.

Le port du masque

Prenons, pour commencer, le port du masque au Maroc⁵. Le spectacle des passants montrait, à l'automne 2020, une relative domination du port du masque, déclinante, cependant. « Nous ne portons plus le masque », disait un enquêté travaillant dans le domaine médical. De plus, le masque s'avérait et s'avère toujours portée très différemment. Il peut recouvrir entièrement le visage depuis le nez jusqu'au menton ou depuis le dessous du nez toujours jusqu'au menton. Il peut être entièrement portée sous la bouche, en attente d'être réajusté en fonction des circonstances. Parfois, il est passé au bras, notamment lorsque son porteur téléphone. Porter le masque n'implique pas de le faire systématiquement de manière ajustée. Lorsque des personnes se rencontrent dans la rue, elles ne se serrent pas la main ni ne s'embrassent forcément, mais cela arrive. On assiste parfois à des conduites mixtes, a priori incohérentes. Des jeunes gens se rencontrent. Ils se saluent poing contre poing ou coude contre coude. Un d'eux semble reconnaître un ami plus proche (ou un parent) ; il enlève son masque et lui donne l'accolade. La scène se répète avec deux adultes d'un certain âge se rencontrant dans la rue.

Ceci suggère que le risque n'est pas forcément considéré comme général, mais qu'il est également indexé sur certains critères catégoriels définissant les personnes. L'arbitrage entre la règle sanitaire et la règle de politesse se fait automatiquement. La règle sanitaire ne prime pas par principe. De fait, les enquêtées soulignaient que le respect des gestes barrière variait en fonction des personnes. Les parents et les enfants, par exemple, ne portent pas le masque lorsqu'ils sont ensemble dans l'espace privé de la maison, qui est probablement plus dangereux que l'espace public de la rue. Il arrivait que certains interlocuteurs ne se rendent pas chez leurs parents de crainte « d'amener la maladie avec eux », mais cela n'entraînait pas le port du masque lorsqu'ils leur rendaient visite ni l'évitement des embrassades. En soit, ces comportements relèvent de la tendance naturelle consistant à préserver l'ordre de la vie quotidienne. Dans beaucoup de cas, il semble que les gens substituent la connaissance qu'ils ont d'une personne à la connaissance de ses fréquentations et de l'état sanitaire de celles-ci. Les catégories « proche » (parent ou ami), « enfant », « parents » (au sens de père ou de mère) ont, en elles-mêmes, un effet sécurisant. Notons qu'au-delà de cet effet, nous avons tous une certaine connaissance factuelle – et donc crédible – de ce que font nos proches. Les déterminants individuels de l'anticipation d'un risque apparaissent ainsi hybrides, liés (a) à la proximité familiale ou affective et (b) à la connaissance pratique que cette proximité permet d'avoir des fréquentations et des conduites d'une personne. Cette connaissance n'est pas sûre ; ce n'est pas pour autant qu'elle est inexistante ou inutile.

⁴ Par surqualifier nous entendons soit exagérer la consigne (« portez le masque partout ») soit exagérer le risque (« vous pouvez être infecté à tout instant », ce qui est vrai dans l'absolu mais n'implique nullement une fréquence élevée).

⁵ L'essentiel de notre terrain a été conduit au Maroc, soit à Rabat, la capitale, soit dans le chef-lieu d'une province rurale du Moyen-Atlas, entre juillet et décembre 2020.

La terrasse des cafés permet d'observer des phénomènes semblables à ceux de la rue. On vient au café seul, souvent en attendant des amis qui arrivent bientôt en groupe ou un par un, ou à plusieurs. Ils portent le masque en arrivant et l'enlèvent lorsqu'ils sont attablés. Le café est généralement un lieu où l'on ne porte pas de masque, bien que les personnes attablées y soient généralement plus proches et en situation de face à face. Cette attitude est parfaitement paradoxale du point de vue sanitaire. Nous avons, de plus, observé peu de situations où les consommateurs utilisent des solutions ou des gels hydroalcooliques. Ici aussi, donc, la proximité amicale ou sociale, c'est-à-dire des critères catégoriels s'appliquant aux personnes, détermine le port ou le non-port du masque. Il est, toutefois, possible que les membres d'une même table se sélectionnent en fonction de ce qu'ils savent de leurs comportements réciproques. En discutant ultérieurement avec des personnes fréquentant un café avec leurs amis, il est apparu que le souci d'avec qui on est attablé pouvait se manifester par la restriction de la liste des personnes avec qui on va au café, mais quasiment jamais par le maintien des gestes barrières lorsqu'on est attablé.

Il est donc clair que la prescription de porter le masque se heurte partiellement à l'ordonnement routinier de la vie, qui est d'être à l'aise dans les relations entre proches. Nous nous trouvons clairement dans une situation de règles concurrentes ; la règle sanitaire ne s'impose que partiellement face à la règle sociale. On notera, toutefois, que l'application de la règle sociale ne s'accompagne pas d'une invalidation de la règle sanitaire mais d'une simple redéfinition de sa pertinence. Dans un groupe d'amis, si l'un d'eux apparaît « enrhumé », il est très probable qu'il choisira de se tester ou que les autres membres du groupe le lui demanderont où préféreront ne pas le fréquenter durant un certain temps. Cette attitude montre que c'est l'automatisme des prescriptions sanitaires qui est mise en cause et non leur pertinence intrinsèque. Les individus s'accordent la latitude de juger si le contexte implique de les suivre entièrement ou de les moduler. Cette latitude indique, toutefois, que les consignes sont considérées avec une déférence partielle. C'est cette déférence partielle qui met généralement les autorités en émoi. Cet émoi découle d'une attente compréhensible mais erronée, comme nous allons le montrer, toujours dans le cas de figure marocain (mais des attentes du même type se retrouvent largement dans d'autres contextes).

2. Le confinement marocain et le déconfinement

Le confinement marocain comportait un paradoxe. Il a été décidé alors qu'il y avait au Maroc moins de vingt cas de Covid-19. Les mesures étaient drastiques et globalement suivies par 78,6% de la population (Haut-commissariat au Plan, 2020). De fait, 85,8% des Marocains se déclaraient partisans de la rigueur dans l'application des règles du confinement (Haut-commissariat au Plan, 2020). Cette position ne peut être séparée de la crainte qui n'avait fait qu'augmenter dans les semaines qui précédèrent la décision de confiner la population. Une pétition avait été lancée réclamant un « un confinement immédiat de la population ». Des modalisations circulaient qui évoquaient le risque de dizaines de milliers de morts, si l'on ne confinait pas. Les images anxiogènes venant de l'étranger, notamment des pays voisins, et reprise par les médias, la méconnaissance de la maladie, tout cela créa un sentiment de peur qui facilita la mise en place de l'état d'urgence sanitaire, la fermeture des frontières et la cessation de nombreuses activités. Au début du confinement, la plupart des gens s'attendaient à une épidémie dont l'effet serait visible, constatable, « une grande épidémie ». Ce qui s'est passé a été bien différent : une très faible augmentation journalière du nombre de cas, très décalée par rapport à l'augmentation des pays européens les plus proches, l'Espagne et la

France ; assez peu de personnes atteintes dans l'entourage de la plupart des gens, bref une maladie toujours à distance dans l'expérience quotidienne des choses. Une maladie qui ne tue pas en nombre et indistinctement. Les récits circulent sur les personnes atteintes de la Covid-19 qui n'ont presque rien senti ou sur des personnes vivant en famille avec un malade et qui n'ont pas contracté la maladie. Beaucoup de gens disent : « Ce que l'on voyait à la télévision, on ne l'a pas vu. Ce sont des personnes âgées qui meurent et qui ont, en plus, des problèmes de santé ».

Ce vécu rétrospectif n'a pas été transformé par l'augmentation du nombre de cas journaliers à partir de la seconde partie du mois de juillet suivant le déconfinement, parce que leur expérience proximale de la maladie n'a pas été sérieusement transformée par cette augmentation. Toutefois, cette dynamique connaît des intermittences : la peur réapparaît lorsqu'une personne connue (parents, amis, etc.) est atteinte. A ce moment-là, l'ensemble des relations et des conduites sociales devenues anodines (sortir, rencontrer des gens, être dans une foule, etc.) redeviennent, pour un temps, douteuses et potentiellement dangereuses. Tous les récits que nous avons recueillis font état d'un changement de croyance entre la période du confinement et la période qui a suivi. Ceci suggère que l'inquiétude et l'exactitude dans le respect des conduites protectrices découle, non de l'annonce quotidienne de l'augmentation des cas au niveau national, c'est-à-dire dans une dimension abstraite mettant en jeu des personnes anonymes, mais de la présence d'un cas au niveau proximal touchant une personne identifiable. La prise au sérieux des gestes de protection apparaît ainsi liée à l'existence d'une alerte précise. Elle n'est que superficiellement liée aux prescriptions *en général* des autorités sanitaires.

En fait, si l'on discute avec des personnes particulièrement prudentes, on s'aperçoit que le suivi exact et, parfois, surrogatoire de ces prescriptions est d'abord lié à une inquiétude personnelle ; il ne découle pas d'une attitude froidement citoyenne. Bref, la relation causale n'est pas directe entre les règles et la conformation des individus à celles-ci. Apparaît surtout ici une forme d'épidémiologie populaire, les individus évaluant les risques de contagion en fonction des proximités et des rencontres et à partir de la connaissance fine qu'ils ont de leur entourage. Cette épidémiologie est concurrente de l'épidémiologie des autorités sanitaires, en ce sens que le registre de la prudence est activé à partir de l'auto-évaluation des risques et non par déférence envers les messages et les prescriptions des autorités sanitaires.

3. Les deuils, les condoléances et les rituels

Il est, toutefois, des domaines où le registre même de l'épidémiologie populaire est écarté dans la détermination principale des conduites : c'est celui des circonstances sociales considérées comme impératives, notamment – toujours s'agissant du Maroc mais l'on retrouve des situations semblables dans l'ensemble du continent (par ex. – lorsqu'il s'agit de rites funéraires et, tout particulièrement, de la présentation des condoléances. Durant le confinement, les devoirs rendus aux morts ont pris une tournure très différente de ce qui se pratique normalement. La présentation des condoléances est un moment fort des obligations sociales marocaines. Les parents de la défunte ou du défunt reçoivent leurs familles, leurs amis et leurs connaissances. La maison s'emplit. On sert et ressert du thé avec des gâteaux. Il est d'usage de rester un certain temps. Des groupes se forment. Les personnes venues présenter leurs condoléances sont souvent assises les unes contre les autres. Pour boire le thé et manger les gâteaux, on enlève les masques.

Durant le confinement, quelques modifications ont, toutefois, été apportées aux habitudes. Les visites – strictement interdites, au demeurant – ne se faisaient que par petits groupes. L'une de nos interlocutrices nous a dit que, lors de la présentation des condoléances, les visiteurs restaient dans le jardin. Toutefois, il y avait du monde dans la maison, jusqu'à une trentaine. Par la suite, les enfants du défunt ont fait plusieurs visites de politesse mais aussi pour régler des affaires en lien avec le décès. Le respect des circonstances a ainsi amené la double atténuation de deux prescriptions contradictoires : celle de ne pas faire de visites et celle d'en faire. Comme toujours, les choix pratiques décèlent les préférences réelles des gens, qui sont, ici, de rendre les devoirs aux morts en restant prudents. Ceci implique de sous-déterminer transitoirement les risques de contagion. A l'intérieur de cette sous-détermination globale, nous avons noté la multiplication de micro-conduites de prudence, comme la « bise limitée ». Au Maroc, on double ou on triple la bise sur une joue avant d'embrasser l'autre. La bise limitée consiste à faire une seule bise sur chaque joue. « C'est la bise du Corona », dit-on.

A un autre enterrement, il y avait aussi des notabilités. Tout le monde portait le masque, sauf, bien sûr, pour prendre le thé. Par prudence, il n'y a pas eu le dîner traditionnel du troisième jour suivant l'enterrement avec la lecture du Coran. Les visiteurs ne s'embrassaient généralement pas, mais les visites avaient lieu alors qu'elles étaient proscrites. Notre interlocutrice dit simplement : « Quand il y a un mort, tu ne penses pas au Corona, tu fais ton devoir ». Se soustraire à une obligation sociale apparaît ainsi entraîner un coût prohibitif, de sorte que même les notables – dont certains ont des responsabilités dans le respect de la police sanitaire – ne peuvent s'en dispenser.

On constate le même type de contraintes, sur des sujets moins graves mais impliquant des conduites prescrites par les solidarités familiales. Une personne enquêtée nous raconte que l'épouse de son contremaître a été hospitalisée pour une Covid-19 et que celui-ci, négatif, est confiné dans l'attente d'un deuxième test. Durant ce temps, la sœur de son épouse s'est installée chez lui afin de l'aider. C'est un exemple parmi d'autres de la dépendance des mesures sanitaires par rapport à un ensemble d'obligations structurant la conception ordinaire des relations sociales. Comme on le voit la contrainte sociale prime ; l'épidémiologie populaire demeure, néanmoins, sur le mode mineur et tente d'accorder les règles de prudence avec le respect prioritaire des rites sociaux.

Le même dispositif d'inversion peut se retrouver dans un rituel de bien plus grande ampleur, comme le Grand Magal de Touba au Sénégal. Il s'agit de la réunion annuelle des membres de la confrérie auprès de son chef. Cette réunion implique autour de trois millions de personnes. En 2020 et en 2021, le Grand Magal s'est tenu malgré la Covid-19 et les risques épidémiques pouvant découler d'un tel rassemblement. Toutefois, les organisateurs ont mis en place des protocoles sanitaires stricts avec une équipe médicale dédiée. Différentes publications scientifiques ont montré que le rassemblement n'avait pas été suivi d'une augmentation significative du nombre de cas (par ex. Sokhna *et al.*, 2021). Comme on le voit, si le respect des règles de prudence ne l'emporte pas, celles-ci se retrouvent positionnées à l'intérieur des conduites suivies. Elles le sont, certes, sur le mode mineur – en ce sens qu'elles ne sont suivies que secondairement – mais elles n'en sont pas moins reprise et reformulée à l'intérieur des actions entreprises en contradiction avec elles.

Ces exemples nous montrent – ce que la simple observation du commerce social ordinaire montre finalement à tout un chacun – que les individus comme les collectifs prennent des libertés avec les prescriptions sanitaires ; mais prendre des libertés n'est pas les ignorer. Le comportement dominant consiste, en fait, à les adapter à la perception de la situation. Il en

découle que la déférence est relative comme, du reste, l'obéissance. Le sens commun produit ainsi une sorte de désinflation par rapport aux messages de santé publique. Cette désinflation est inévitable puisque les deux systèmes d'action poursuivent des buts différents : la police sanitaire poursuit un but de santé publique indifférencié alors que le sens commun tend à préserver la continuité de la vie ordinaire.

Les conditions de cette désinflation entraînent une mise en cause de la fiabilité des informations à partir desquelles sont articulées les consignes et les prescriptions sanitaires. Les gens se rendent compte, en effet, que ce n'est pas exactement « comme ça » que les choses se passent. De plus, les informations ne sont pas univoques. Sans même prendre en compte les théories conspirationnistes circulant dans les réseaux sociaux, les seules informations provenant des milieux médicaux peuvent produire cet effet. L'âge des patients emportés par la Covid apparaît de ce point de vue une donnée importante dans le raisonnement ordinaire sur la dangerosité de la maladie et sur l'importance de suivre exactement les consignes de protection. La personne enquêtée qui nous a dit : « Ce sont des personnes âgées qui meurent et qui ont, en plus, des problèmes de santé » est illustrative de la manière ordinaire de raisonner en la matière : l'orientation spontanée sur les caractéristiques catégorielles des personnes décédant de la Covid : leur âge et les comorbidités, de manière à se situer sur l'échelle des risques, non pas d'un point de vue abstrait, mais d'un point de vue incarné. Cette attitude relève aussi de l'épidémiologie populaire. Elle consiste à évaluer un risque en fonction d'un certain nombre de données et non à partir « l'homme moyen ». Or, bien souvent, l'argumentaire et, presque toujours, les éléments de langage des autorités sanitaires évitent de préciser ces données parce qu'elles supposent que ceci provoquerait une moindre observance. Un médecin, chef d'un service de réanimation, a affirmé dans un journal marocain : « il faut porter le masque partout, point ». Ce serait peut-être une position utile, si les personnes censées le faire n'avaient pas les moyens de suivre le fil contrasté des informations et de se situer par rapport à ce qu'elles savent du profil des morts de la Covid-19. Dans le cas contraire, une semblable affirmation dégrade la déférence en obéissance. Elle atteint la crédibilité et donc la fiabilité des autorités et de leurs consignes. Nous retrouvons, ici, le schéma indiqué dans l'introduction : surqualification (des risques), relativisation (de ceux-ci), décrédibilisation (au moins partielle).

Dès lors que l'on peut documenter que les individus procèdent à leur propre évaluation des risques en fonction de leur connaissance de leur environnement et des informations circulant sur la maladie, il est contre-performant de requérir leur alignement automatique sur des risques dont l'actualisation n'est pas documentable. Or, nous avons vu, dans les différents cas de figure présentés, que les personnes ordinaires procédaient en permanence à de telles évaluations situées.

4. Un clip français

Transportons-nous pour finir en France. Un exemple des effets négatifs de la surqualification apparaît dans un clip des autorités sanitaires françaises promouvant la vaccination. Il montre un groupe d'amis discutant de la nécessité de se faire vacciner. Certains apparaissent, sinon opposés, du moins dubitatifs, voire réticents. Le clip est bien construit. La conclusion est (a) que l'on peut, bien sûr, discuter de tout mais pas des chiffres et (b) que huit personnes sur dix hospitalisées du fait de la Covid-19 n'avait pas été vaccinées. Le final (c) indique sobrement, en octosyllabe : « tous vaccinés, tous protégés ». Il est indéniable que de nombreuses études

valident le fait que la vaccination a un impact sensible sur la non-hospitalisation. C'est en soi une bonne raison pour se faire vacciner. L'énoncé (b) paraît donc poser assez peu de problèmes. Ce n'est pas le cas de l'énoncé (a), car les chiffres n'ont rien de naturel : ils sont le produit d'un raisonnement et d'un montage articulant des méthodes et des données prises en compte. Des décennies de débats sur les chiffres nous ont accoutumés, non pas forcément à comprendre comment on les fabrique, mais au fait qu'on les fabrique, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas naturels, ce qui ne signifie pas qu'ils soient « truqués », incorrects ou faux. Ils sont vrais d'un point de vue poppérien, c'est-à-dire non dans l'absolu, mais tant qu'ils n'ont pas été invalidés. La multiplicité des controverses publiques sur les chiffres en découle. Bref, alors que les chiffres organisent notre vie, on leur fait de moins en moins confiance. Du coup, l'énoncé (a) requiert une déférence qu'il a très peu de chances de se voir accorder. Ce qui amène à revoir l'énoncé (b) et à s'interroger sur les caractéristiques des huit personnes sur dix hospitalisées. S'agit-il de personnes indifférentes ou appartenant à des catégories précises ? Ce qui nous ramène à l'âge et aux comorbidités. Il est évident que, si la majorité des personnes hospitalisées s'inscrivent dans des catégories d'âge précises (plus de soixante-cinq ans, par exemple) et sont porteuses de comorbidités, le message final ne peut se lire comme le voudraient les autorités sanitaires : « chacun risque également d'être hospitalisé et doit donc se faire vacciner » (1) mais, tout au contraire : « seul (ou presque) les catégories à risques se retrouvent hospitalisées si elles ne sont pas vaccinées et elles seules doivent donc se faire vacciner » (2). La première interprétation est celle du gouvernement qui vise à une vaccination complète ; la seconde paraît conforme au point de vue du Professeur Raoult qui semble partisan d'une vaccination sélective visant les personnes à risque. On voit bien que le même message peut aisément entraîner deux lectures très différentes, tout au moins si l'on n'acquiesce pas à l'indiscutabilité des chiffres. Ce qui est aujourd'hui l'attitude la plus courante. Le raisonnement quelque peu formalisé que nous venons de faire se retrouve dans une forme simplifiée chez beaucoup de gens.

Ce dernier exemple cumulé aux cas de figure que nous avons présentés suggère de tenir compte du niveau d'information et de compréhension du public, c'est-à-dire des destinataires de l'information et des consignes sanitaires sur lesquelles elle se fonde. Celui-ci est déférent mais sous réserve que son expérience proximale valide les informations et les consignes. Cette expérience proximale est constituée de ce qu'il voit et sait mais également du fil d'information disponible dans l'environnement des individus. Ceux-ci consultent leur expérience et le fil d'information. Et, surtout, cette expérience proximale est incontournable. Elle découle du fait des interactions ordinaires, comme l'ont montré les cas de figure décrits. On obtiendrait sans aucun doute des descriptions semblables si notre enquête avait été conduite en France, en Italie ou en Allemagne (ou ailleurs). Dès lors, la déférence ne peut être que conditionnelle et s'amenuiser si elle est prise à défaut. La tendance des autorités sanitaires à vouloir orienter les conduites en fonction d'une fin précise les entraîne, pour faire au mieux, à surqualifier les informations dans le sens de la fin qu'elles poursuivent. Elles ne peuvent donc qu'être prise à défaut comme le montre notamment le clip dont nous venons d'analyser le message principal. Tous les énoncés sont clairs mais aucun n'est totalement sincère, puisque chacun d'eux sous-détermine une part de la réalité qu'il énonce afin d'influencer une conduite. Tout un chacun peut s'en rendre compte. L'évidence du développement et de l'inévitabilité d'une épidémiologie populaire devrait pousser les responsables de la police sanitaire à ne pas trop abuser de la déférence en présentant des « vérités nécessaires » en porte-à-faux par rapport à l'expérience ordinaire comme par rapport aux « informations » circulant auprès du public. Il est important d'être sensible à la manière dont les personnes ordinaires se situent par rapport

à un risque sanitaire et aux informations comme aux injonctions destinées à les en protéger car, avant même d'impliquer un comportement raisonnable chez les destinataires, elles impliquent d'avoir une compréhension judicieuse de leur manière de s'en saisir.

Jean-Noël Ferrié, directeur de recherche au CNRS
UMR 5115, Les Afriques dans le Monde
Sciences Po Bordeaux
&
Saadia Radi, chercheure associée
Center for Global Studies
Université internationale de Rabat

Bibliographie

Brown P. (1997), « Popular Epidemiology Revisited », *Current Sociology*, vol. 45, n°3, p. 137-156.

Haut-commissariat au Plan (2020), *Enquête sur l'impact du Coronavirus sur la situation économique, sociale et psychologique des ménages. Note de synthèse des principaux résultats*, Rabat, Haut-commissariat au Plan.

Kaufmann, L. (2008), « La société de déférence. Médias, médiations et communication », *Réseaux*, vol. 148-149, n°2-3, 2008, p. 79-116.

Sokhna, C., Goumballa, N., Hoang, V.T., Bassene, H., Parola, Ph. et Gautret, Ph. (2021), « The Grand Magal of Touba was spared by the COVID-19 pandemic », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 105, p. 470-471.



Jean-Noël Ferrié, politiste et sociologue, est directeur de recherche au CNRS à l'UMR 5115, Les Afriques dans le monde, Sciences Po Bordeaux. Il est doyen d'honneur de l'Institut d'études politiques de l'Université internationale de Rabat, qu'il a dirigé de 2014 à 2021. Ses recherches actuelles portent sur les politiques de santé au Maroc et au Sénégal. Il a été directeur adjoint du Centre Jacques-Berque (CNRS – Ministères de l'Europe et des Affaires étrangères) à Rabat.



Saadia Radi, anthropologue de la santé, est chercheuse associée au Center for Global Studies de l'Université internationale de Rabat. Elle a été chercheuse au Centre Jacques-Berque (CNRS – Ministères de l'Europe et des Affaires étrangères) à Rabat. Ses recherches actuelles portent sur l'anthropologie de santé au Maroc et au Sénégal.

