



HAL
open science

L'adaptation à la Covid-19 et la rationalité sanitaire. Un cas de figure marocain

Jean-Noël Ferrie, Saadia Radi

► **To cite this version:**

Jean-Noël Ferrie, Saadia Radi. L'adaptation à la Covid-19 et la rationalité sanitaire. Un cas de figure marocain. Horizons Sociologiques, 2021. hal-03626961

HAL Id: hal-03626961

<https://hal.science/hal-03626961v1>

Submitted on 1 Apr 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.

**L'adaptation à la Covid-19 et la rationalité sanitaire.
Un cas de figure marocain**

Jean-Noël Ferrié

Université internationale de Rabat
Ecoles des Sciences politiques (Sciences Po Rabat)
Center for Global Studies
jean-noel.ferrie@uir.ac.ma

Saadia Radi

Université internationale de Rabat
Center for Global Studies
saadia.radi@uir.ac.ma

L'adaptation à la Covid-19 et la rationalité sanitaire. Un cas de figure marocain

L'infectiologie et l'épidémiologie apparaissent au premier plan pour comprendre la dynamique de la Covid-19. L'aspect médical est priorisé parce qu'il promet une réponse technique. L'avantage incomparable des réponses techniques est qu'elles laissent en paix nos modes de vie et nos habitudes. Toutefois, les dynamiques d'un agent infectieux sont inséparables des dynamiques et des comportements humains, puisque ce sont les hommes qui en sont les vecteurs. Ils ne le sont pas de manière massive et mécanique mais dans le déroulement de leurs multiples activités ordinaires. C'est donc dans le cours d'un itinéraire quotidien que se rencontre *individuellement* le virus. Autrement dit, l'épidémie se développe à travers des relations humaines et non dans les trajectoires modélisées des modèles prédictifs. Du moment que l'épidémie s'étend par les interactions humaines, l'interactionnisme, comme variété sociologique, apparaît utile à l'épidémiologie, mais encore faut-il comprendre le sens de cette utilité, qui n'est pas de donner le mode d'emploi des meilleures méthodes de police sanitaire, c'est-à-dire de régulation centralisée des interactions humaines ; elle consisterait plutôt à comprendre comment et pourquoi ces règles sont adaptées par les populations à la poursuite des interactions ordinaires, ce qui ne peut qu'être utile à leur conception comme à la communication les concernant des autorités qui les produisent.

Il n'est pas nécessaire de revenir sur la caractéristique principale de l'interactionnisme, qui est de voir la structuration sociale d'un point de vue de l'articulation d'un ensemble de conduites interindividuelles. Les précautions contre la transmission de la Covid-19 ne consistent pas, en effet, en un geste spécifique comme prendre un médicament ou se faire vacciner, mais en une modification substantielle et continue des conditions normales de l'interaction (ne pas se serrer la main, ne pas s'embrasser, rester à distance y compris des proches, se couvrir une partie du visage, etc.). De plus, cette modification implique une modification plus substantielle encore qui concerne les jeux de catégorisation des personnes et des conduites : ceci implique d'attribuer des risques à des contacts et de classer des proches ou des connaissances comme « personnes à risque ».

Nous allons donc, dans un premier temps, (1) présenter un ensemble de cas de figure, parmi ceux que nous avons recueillis. Ces cas de figure relatent des interactions durant

lesquelles des personnes s'éloignent plus ou moins des prescriptions des autorités sanitaires, les réinterprétant en fonction du contexte et de l'action en cours. Dans un deuxième temps, nous allons montrer, que (2) contrairement à de nombreuses allégations – provenant souvent des médias et aussi des autorités sanitaires –, ces conduites ne peuvent pas être qualifiées d'irrationnelles ou de déraisonnables. Nous ne voulons pas dire que ces personnes ont raison de faire ce qu'elles font d'un point de vue scientifique ou qu'elles ont tort, toujours d'un même point de vue. Ce n'est pas une question qu'il est de notre compétence de traiter. Nous voulons simplement dire que leur comportement ne peut être décrit comme déraisonnable. Il est à la fois adaptatif et liée à un ensemble de contraintes sociales qui s'imposent à tout un chacun. Cette adaptation et ces contraintes doivent être prises en compte pour ce qu'elles sont, parce qu'elles font partie de conditions contextuelles qui s'imposent aux conduites comme à la cognition humaine, qui tente de s'équilibrer entre plusieurs systèmes de sens et d'action, ainsi que l'a précisément rappelé Raymond Massé, à propos de la rationalité médicale (Massé, 1997).

Cet article est basé sur un travail de terrain conduit à Khénifra¹ durant les mois de juillet, d'août, de septembre et d'octobre 2020, comprenant l'observation des conduites dans l'espace public ou semi-public (et notamment les cafés), dans les commerces et les administrations (tout au moins leurs guichets) ainsi que des entretiens (N=25) ou des conversations à plusieurs (N=5),² dans un contexte d'observation participante. S'agissant de l'observation des conduites dans l'espace public, elle a été menée simultanément à l'observation des conduites dans les cafés, depuis une table à la terrasse de ceux-ci. C'est un point d'observation efficace. Beaucoup d'observations étaient redondantes mais apportaient chacune des détails supplémentaires. Les entretiens ont été conduits sur la base d'un guide d'entretien relativement succinct, évitant de formaliser la situation. Le choix des personnes a été en partie aléatoire ou fondé sur l'interconnaissance. Le but poursuivi était de parvenir à se faire une idée synthétique de la manière dont les gens ordinaires se comportaient contextuellement par rapports aux prescriptions concernant l'évitement de la Covid-19, et donc par rapport aux « gestes barrières » et au confinement. Il s'agissait d'accumuler des cas, des observations précises, d'entrer à la fois dans l'épaisseur et (paradoxalement) dans la routine des choses.

I. Cas de figure

Nous nous sommes, tout d'abord, intéressés aux comportements dans l'espace public. Cette observation s'apparente le plus souvent à regarder un film muet : on voit des conduites et on tente d'en deviner les ressorts en s'aidant principalement du contexte. Les entretiens que nous avons fait ainsi que les conversations que nous avons suivies permettent de rentrer dans les jeux de catégorisation des acteurs³ déployé à propos de la Covid-19 dans le repérage des personnes comme des situations à risque.

¹ Chef-lieu de la province rurale du même nom, dans le Moyen-Atlas. La ville compte plus de 200 000 habitants.

² Il s'agit du nombre de conversations et non du nombre de participants qui variait entre trois ou quatre.

³ Nous utilisons le terme « catégorisation » au sens de l'approche ethnométhodologique. Il s'agit d'affecter à une personne, une action ou une situation une catégorie définissant un ensemble de traits conséquents s'appliquant à elles.

1. Les passants, les rencontres et les cafés

Le spectacle des passants montre une relative domination du port du masque, déclinante, cependant, tout au long de la durée de notre terrain. « Nous ne portons plus le masque », nous disait à l'automne un interlocuteur travaillant dans le domaine médical. De plus, le masque est porté 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 porté sous la bouche, en attente d'être réajusté en fonction des circonstances. Parfois, il est passé au bras, 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 s'est répétée 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, nos interlocuteurs nous disaient que le respect des gestes barrière variait en fonction des personnes. Les parents et les enfants, par exemple, ne portent pas la 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 informateurs 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. 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, 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.

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 fonc-

tion de ce qu'ils savent de leurs comportements réciproques. En discutant ultérieurement avec des personnes fréquentant le café avec leurs amis, il est apparu que le souci d'avec qui on est attablé peut se manifester par la restriction de la liste des personnes avec qui on va au café, mais pas par le maintien de tous les gestes barrières lorsqu'on est attablé.

2. Les guichets

Durant l'enquête, nous avons accompagné l'un des répondants à la visite technique de sa voiture. Sur deux techniciens s'occupant chacun d'une file, un seul portait le masque ; l'autre le portait sous le menton. Il y avait un guichet avec une employée portant correctement le masque, où l'on payait et où l'on récupérait l'attestation. Cette opération entraînait des échanges verbaux. A ce moment-là, comme pour les faciliter, l'employée et le client écartaient le masque, la distance entre eux étant inférieure à un mètre. Ce comportement avait ironiquement lieu tout à côté des consignes sanitaires affichées sur le mur du guichet.

Dans les administrations, tous les guichetiers ne portent pas le masque ou ne le portent que sous le nez. Certaines administrations sont, cependant, plus strictes que d'autres, notamment avec les usagers et les rappellent au port ajusté du masque. Cependant, elles ne contrôlent pas la formation des files d'attentes, de sorte que les usagers sont souvent très proches les uns des autres. L'obligation de distanciation apparaît ainsi plus aléatoire, plus difficile à contrôler parce que trop liée à des habitudes concernant la manière de faire la queue. A l'entrée, les distributeurs de gels sont peu utilisés ; il en est de même pour les commerces, qui en mettent à la disposition de leurs clients. Dans les premiers temps du confinement, leur usage était plus net, selon nos interlocuteurs.

3. Les enterrements, les convenances et la solidarité familiale

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. 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 informatrices 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. Les enfants étaient venus de Rabat et la belle-sœur du mort de Tanger, bénéficiant d'une autorisation spéciale. 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 tou-

jours, 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 une de nos répondantes.

A un autre enterrement dont nous parle une informatrice, 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 informatrice 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. Un de nos interlocuteurs, Driss⁴, nous raconte que l'épouse de son contremaitre 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'autre de la dépendance des mesures sanitaires par rapport à un ensemble d'obligations structurant la conception ordinaire des relations sociales.

4. Les intermittences de la peur

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. Khadija⁵ nous dit :

Avant, au tout début, on avait peur. Il y avait des images terribles des malades, des médecins avec leurs tenus de protection. Tout le monde avait peur, partout. Il y avait des photos ou des films qui circulaient sur les réseaux sociaux. Mais on n'a vu personne comme les descriptions des réseaux sociaux, maintenant on voit des gens qui l'ont eu et qui vont bien, et ce n'était pas grave.

Elle donne l'exemple de trois sœurs, deux qui ont des problèmes de santé (des maladies chroniques : tension, maladies cardiovasculaires). Celle qui travaille est positive au test PCR, mais « les deux autres n'ont rien, elles vivent ensemble, elles se touchent, elles mangent ensemble et elles n'ont rien ».

Fatima⁶, une autre informatrice, qui avait très peur au moment du déclenchement du confinement n'a plus peur depuis le déconfinement et ce malgré l'augmentation du

⁴ Driss, 57 ans, études secondaires, chef d'une petite entreprise, entretien août 2020.

⁵ Khadija, 42 ans, études secondaires, commerçante, entretien septembre 2020.

⁶ Fatima, 55 ans, études supérieures, propriétaire d'un pâtisserie-traiteur, entretien septembre 2020.

nombre de cas. Au début, elle est restée quinze jours sans voir ses parents, de peur de le leur donner. Avec le temps, la peur a disparu :

On a vu des gens qui ont eu le Corona et qui ont guéri. Des familles vont à l'hôpital, tout se passe bien. Puis ils rentrent chez eux comme avant (...) 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.

Un autre informateur, Ahmed⁷, nous dit :

Les gens n'ont plus peur parce qu'on dit que le Coronavirus est un mensonge. Plus l'Etat déclare de cas, plus il a d'aide d'autres pays (...) J'ai rencontré un voisin qui sortait de l'hôpital, il était en forme. Il m'a dit « je n'avais rien ».

De fait, le sentiment dominant chez nos enquêtés est que, même s'il y a eu des cas de Covid-19 parmi leurs connaissances, cela n'a rien à voir avec ce que les médias traditionnels comme les médias sociaux ont donné à croire qu'il y aurait. Au début du confinement, la plupart des gens s'attendaient à une épidémie dont l'effet serait visible, constatable. 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 de choses. On rend compte qu'elle ne tue pas en nombre et indistinctement. Ce vécu, qui est caractéristique de celui des personnes que nous avons rencontrées au lendemain du confinement, au début de notre terrain, n'a pas été transformé par l'augmentation du nombre de cas journaliers à partir de la seconde partie du mois de juillet, 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. L'une de nos interlocutrices, Rachida⁸, nous dit :

Lorsque j'ai appris que la femme de mon collègue avait attrapé la Covid-19, j'ai eu peur. Je ne suis plus allée voir mes parents pendant deux jours. J'ai commencé à prendre de la vitamine C. Je mettais bien le masque et je m'éloignais des groupes. Je n'allais plus chez les commerçants où il y avait trop de monde.

Lors de notre dernier séjour, début novembre, Rachida ne pensait plus à cette alerte. Nous avons, à la suite, recueilli d'autres anecdotes du même type dont le séquençage était toujours : alerte découlant de l'atteinte ou de la crainte d'atteinte d'une personne connue – resserrement des conduites – retour à la normale. Ce point suggère que l'alerte 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 sanitai-

⁷ Ahmed, 54 ans, études secondaires, fonctionnaire, entretien, octobre 2020.

⁸ Rachida, 38 ans, études supérieures, professeure dans un établissement privé, septembre 2020.

res. 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 aux règles⁹.

II. Commentaires

Les attitudes que nous venons de décrire s'inscrivent, pour une bonne part, dans ce que les autorités sanitaires considèrent être, au mieux, une forme de dangereux « relâchement » et, au pire, une attitude déraisonnable, irrationnelle. Il est vrai que la diffusion de la Covid-19 est strictement la conséquence des déplacements et des contacts humains, de sorte que, si l'on considère cette évidence, on ne peut que blâmer les personnes imprudentes, insouciantes ou inciviles, qui ne suivent pas scrupuleusement les consignes de sécurité. Cette façon de considérer les choses peut-être celle des individus dans leur dimension citoyenne et, bien sûr, celles des autorités prescrivant les conduites à tenir. Ce ne saurait être celle des spécialistes de sciences sociales.

La question de la rationalité des populations est apparue assez tôt en anthropologie médicale, s'agissant notamment du rapport à la médecine de communautés ayant une autre tradition de soins. Ainsi que le remarquait Sylvie Fainzang (2001, p. 11), il y avait une tendance à expliquer les comportements médicalement irrationnels (éviter de la médecine, non prise de médicaments, etc.) par le niveau de culture ou la culture elle-même des populations concernées, alors qu'il aurait été possible d'imputer la situation à des problèmes d'infrastructures, de difficultés matérielles d'accès, etc. (Good, 1998). Ce n'était, bien sûr, que la reprise d'une discussion, ancienne comme l'anthropologie elle-même, sur la rationalité des peuples non-occidentaux, notamment dans leur relation avec l'élaboration du savoir. On retrouve jusqu'à aujourd'hui cette tendance chez les autorités sanitaires, particulièrement en ce qui concerne les populations rurales. Elle découle d'une conception appauvrie des systèmes d'actions des gens en même temps que d'une surévaluation de la rationalité, du moins dans sa forme simplifiée, ainsi que l'a souligné Raymond Massé (Massé, 1997). Par forme simplifiée, on entend le caractère unifié de la rationalité, c'est-à-dire qu'on ne peut pas vouloir A et B sans les discriminer. Dans le langage commun, on dirait : « on ne peut pas vouloir deux choses à la fois » (I). Ceci est une première condition de rationalité ; elle est formelle, puisque valable indépendamment de ce que sont A, B ou X. Il existe, cependant, une deuxième condition qui est la conséquence, pour le dire vite, de l'idéologie du « progrès » : la déférence vis-à-vis de l'expertise scientifique ou technique (II). Il s'agit d'une condition substantielle, qui dit qu'on doit conformer ses croyances et ses conduites à l'avis des experts, de sorte que le classement des préférences (entre A et B) doit être sensible au fait que les options sont proscrites ou recommandées par ceux-ci. Autrement, un individu rationnel ne doit pas seulement prioriser A sur B ou le contraire, plutôt que de vouloir deux choses simultanément, mais aussi prioriser le système de référence qui lui permet de privilégier A par rapport à B (ou l'inverse) et, ce faisant, trier en outre les systèmes de référence du point de vue de leur rapport à la « Science ». Il en découle,

⁹ Ce que l'on sait (ou devrait savoir) au moins depuis Malinowski (1933).

dans le cas qui nous occupe, qu'un acteur ne devrait pas balancer entre respecter les règles de distanciation sociale et se comporter comme il est prescrit de se conduire avec ses proches, notamment dans les circonstances graves et ritualisées de la vie (à l'instar des deuils). S'il balance ou choisit l'option non recommandée par la « Science », cet acteur doit être considéré comme irrationnel. Cette manière de voir relève de l'erreur consistant à considérer que les systèmes d'actions des individus sont unifiés à l'intérieur d'un ordre alors qu'ils sont articulés par les contingences contextuelles dans lesquelles ils s'inscrivent, en d'autres termes par les multiples choses que tout un chacun fait chaque jour. Ils sont ainsi amenés à opérer, sans les problématiser, des arbitrages circonstanciels. Ces arbitrages peuvent impliquer de prendre des risques. Ce n'est pas pour autant qu'ils sont irrationnels, puisque ces risques dépendent d'une prise en compte de l'ensemble des contraintes et des possibilités qui s'imposent à eux, indépendamment de la discrimination du système de référence et d'action dont elles relèvent. Il est probable que ces systèmes ne sont d'ailleurs jamais considérés en tant que tels par les individus. Autrement dit, on peut avoir de bonnes raisons et des raisons raisonnables de ne pas respecter certaines règles sanitaires, y compris si cela implique un risque. C'est ce qu'a résumé une de nos informatrices en disant : « Quand il y a un mort, tu ne penses pas au Corona, tu fais ton devoir ».

Ce n'est pas tout. En même temps que les individus sont conduits à prioriser d'autres systèmes d'actions que celui préconisé par les autorités sanitaires, ils peuvent être amenés à analyser différemment le contexte dans lequel se déroule leurs actions, c'est-à-dire ne pas seulement faire quelque chose que les prescriptions sanitaires leur interdisent de faire, en prenant donc un risque, mais aussi considérer que le risque attribué à cette action est surévalué ou inexistant et que, partant, il ne prennent pas vraiment un risque en le faisant ou que ce risque est mineur. On observera que, souvent, le fait de ne pas respecter une obligation à cause d'une autre (ou d'une préférence) est facilité par le fait de considérer que l'obligation qu'on ne suit pas n'est pas réellement consistante. Par exemple, il peut apparaître raisonnable de ne pas porter le masque dans la rue, si l'on a de bonnes raisons de penser que les risques de contamination dans l'espace public sont faibles ; et on peut penser que les risques sont faibles, si l'on ne connaît personne d'atteint par la Covid-19 dans son entourage ou dans l'entourage de son entourage, ou que les personnes atteintes qu'on connaît n'ont pas été gravement malades. Pareillement, on peut penser que le danger a été surestimé dans les médias. Certes, ceci ne supprime pas le risque, mais cette attitude consistant à évaluer les risques à l'aune d'une enquête proximale ne peut pas être considérée comme irrationnelle, puisqu'elle fait, au contraire, la part belle à l'observation, au doute et au discernement, comme nous avons essayé de le montrer.

Du point de vue descriptif des sciences sociales, il importe, non d'attester la rationalité ou l'irrationalité des actions observées au regard de la raison médicale, mais de comprendre comment elles sont constitutives d'un ordre dont il est possible de rendre compte et comment elles expriment l'agentivité des acteurs. Le seul constat possible est finalement qu'il n'est pas raisonnable d'espérer que des individus dont la vie est ordinairement distribuée entre plusieurs systèmes d'actions et de références se mettent tout d'un coup à n'en respecter qu'un seul, c'est-à-dire à faire quelque chose qu'ils ne font jamais et que personne n'a jamais fait avant eux. Tout ce qu'on peut raisonnablement espérer

est donc qu'ils maximisent les précautions tout en ne respectant les prescriptions *qu'à leur manière*. C'est probablement le point de départ de toute police sanitaire judicieuse.

Références

Fainzang, S., 2001. « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques ». *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n°2.

Goffman, E., 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*, vol. 1. Paris, Minuit.

Goffman, E., 1975. *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Minuit.

Good B. J., 1994. *Medicine, Rationality and Experience : An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.

Malinowski, B., 1933. *Mœurs et coutumes des Mélanésiens*. Paris, Payot.

Massé, R., 1997. « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux ». *Anthropologie et Sociétés*, vol. 21, n°1.

Winch, P., 2009. *L'idée d'une science sociale et sa relation à la philosophie*. Paris, Gallimard.