

Novembre 2024

RAPPORT N°21.40



Institut des Études
et de la Recherche
sur le Droit et la Justice

Appropriations différentielles des normes sanitaires et des restrictions de libertés

Monographie d'un quartier populaire en temps de pandémie (ADN-POP)

Sous la direction de

Annalisa LENDARO et

Emmanuelle RIAL-SEBBAG



Rr

**RAPPORT DE
RECHERCHE**

Sous la direction de

Annalisa LENDARO,

Centre d'Étude et de Recherche Travail, Organisation, Pouvoir, UMR 5044. (CERTOP)

Emmanuelle RIAL-SEBBAG,

Centre d'Épidémiologie et de Recherche en santé des POPulations, UMR1295. (CERPOP)

Avec la participation de

Laurence BOULAGHAF,

Ingénieure d'études en SHS, IHPST CNRS

Léa DELPORTE,

Inserm Toulouse

Alfonsina FAYA ROBLES,

Postdoctorante

Alexandra SOULIER,

Chargée de recherche, IHPST

Appropriations différentielles des normes sanitaires et des restrictions de libertés : Monographie d'un quartier populaire en temps de pandémie

Introduction	5
Problématisation. L'appropriation des mesures, un regard interdisciplinaire	9
Acceptabilité en contexte d'exception : et la démocratie sanitaire ?	9
Des modèles préventifs et mesures diverses.	12
L'approche de la « justification » pour sortir de l'aporie attitude/comportement	14
Méthodologie et terrain.....	17
Outils et méthodes.....	17
a. Révision de la littérature et analyse de documents	18
b. L'analyse juridique des normes de référence	20
c. L'enquête de terrain et ses limites	20
Un quartier de grands ensembles et son cumul de vulnérabilités	24
Les résultats de la recherche	29
1. Dimension relationnelle de l'appropriation des mesures sanitaires	31
1.1.Des justifications par les relations	33
1.1.a.De la solidarité épidémique aux relations risquées.	33
1.1.b.Différenciation et respectabilité en milieu populaire	37
1.2.La régulation par les relations	40
1.2.a.Les instances (institutionnelles et associatives) de proximité	40
-Les forces de « l'ordre sanitaire ».	40
-Les associations du quartier.....	43
-Les régulations des professionnels de santé et le dispositif de médiation-covid	44
-Le dispositif « bricolé » de médiation-covid : une régulation sanitaire horizontale ?.....	48
1.2.b. Les régulations par les proches.....	50
2. La dimension temporelle de l'appropriation des mesures	54
2.1.L'historicisation des mesures	54
2.2.Synchronisation des temps sociaux et confinement	59
2.3. Apprentissages biographiques et institutionnels.....	65
2.3.a. Les juges garants de la proportionnalité des mesures privatives de libertés : un gage d'acceptabilité ?	66
-La nature des mesures privatives de liberté.	66
-La mise en œuvre des mesures privatives de liberté.....	69
-Le confinement et le couvre-feu.....	70
-La vaccination.....	72
-Le port du masque.....	72
2.3.b Les apprentissages des habitant.e.s	74
3.Dimension corporelle de l'appropriation des mesures sanitaires	77
3.1. Socialisations corporelles et sanitaires en temps de covid	77
3.2. Corps confinés et corps en interaction « risquée »	81
4. Les justifications par le « bas » et le « haut »	84
4.1. Le registre de justification relationnel et la « cité domestique »	85
4.2. Le registre religieux des justifications dans les formes d'appropriation des mesures.	86
4.3 Le « registre de la nécessité » et la critique de la cité marchande.	88
4.4 Le « registre de citoyenneté » pandémique.	89
Conclusion et ouvertures : que nous reste-t-il du covid ?.....	93
Références Bibliographiques.....	97
ANNEXES.....	105
.....	7
Grille d'entretien « habitant.e.s »	9
Grille d'entretien « professionnel.le.s »	13

Introduction

Le projet de recherche ADN-POP : Appropriations différentielles des normes sanitaires et des restrictions de libertés s'inscrit dans une série d'études menées depuis 2020 par l'IFERISS (Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société) sur la pandémie de Covid-19 et les inégalités sociales de santé. Ce travail se concentre sur l'acceptabilité et l'appropriation des mesures sanitaires imposées durant la pandémie de Covid-19 dans le quartier du Grand Mirail, à Toulouse, classé parmi les quartiers prioritaires de la Politique de la Ville. Ce quartier, emblématique des vulnérabilités socio-économiques, offre un cadre idéal pour analyser les réactions aux politiques publiques de gestion de la crise sanitaire, dans un contexte marqué par des inégalités profondes et des formes multiples de précarité.

L'épidémie de Covid-19 a provoqué une mobilisation sans précédent des États et des autorités publiques pour enrayer la propagation du virus. En France, le gouvernement a instauré un éventail de mesures sanitaires restrictives, telles que les confinements successifs, le couvre-feu, l'obligation du port du masque et le pass sanitaire. Ces mesures, bien que justifiées par des impératifs de santé publique, ont eu des effets très variés selon les populations et les territoires. Le Grand Mirail, déjà confronté à de nombreuses difficultés structurelles (chômage élevé, logement précaire, accès limité aux soins), a été un terrain particulièrement sensible à ces décisions.

Le contexte de pandémie a exacerbé les inégalités sociales et territoriales, notamment en matière d'accès à la santé, de mobilité et d'éducation. De plus, les quartiers populaires, comme le Grand Mirail, ont été stigmatisés dans les discours médiatiques et politiques, souvent perçus comme des espaces où les règles sanitaires étaient moins respectées. Cette stigmatisation, combinée aux réalités vécues par les habitants, a engendré des formes variées d'appropriation, de résistance ou de contournement des normes imposées par l'État.

La problématique principale de ce projet repose sur la question suivante : comment les populations des quartiers populaires, notamment au Grand Mirail, se sont-elles appropriées les mesures sanitaires imposées lors de la pandémie de Covid-19 ? Quelles sont les logiques sociales, économiques et culturelles qui ont influencé l'acceptabilité des normes restrictives, et comment ces dynamiques se manifestent-elles à l'échelle locale ? Cette étude vise à comprendre les conditions d'adhésion ou de rejet des mesures, à travers une analyse fine des trajectoires et des contextes sociaux dans lesquels elles s'inscrivent.

Pour répondre à cette problématique, le cadre théorique de la recherche s'articule autour de deux axes principaux. Le premier, dispositionnel, se concentre sur l'analyse des conditions matérielles d'existence des habitants du Grand Mirail. Il met en lumière comment les rapports sociaux de domination (classe sociale, genre, âge, origine) influencent les dispositions et les logiques d'action face aux normes sanitaires. Le second axe, normatif, s'intéresse aux justifications que les individus mobilisent pour accepter, contourner ou rejeter les normes sanitaires. L'approche de Boltanski et Thévenot (1991) sur les régimes de justification permet d'appréhender les modalités de production d'accord ou de désaccord vis-à-vis des règles imposées, en prenant en compte les dimensions relationnelles et contextuelles des interactions.

La méthodologie adoptée dans ce projet est essentiellement qualitative, reposant sur une enquête monographique menée dans le quartier du Grand Mirail. Ce type de démarche permet une observation minutieuse des pratiques sociales et des interactions entre les différents acteurs, tout en inscrivant ces pratiques dans un cadre spatial et temporel précis. Le terrain d'étude, marqué par une forte concentration de populations en situation de vulnérabilité (immigration, chômage, logements sociaux, précarité sanitaire), est un lieu stratégique pour comprendre les formes d'appropriation des mesures sanitaires. Elle se double d'une étude juridique portant sur les dispositifs légaux mis en œuvre durant la période de pandémie et sur les registres de justification employés par les juges (Conseil d'État et Conseil Constitutionnel) ainsi que par les comités d'éthique (Comité Consultatif National d'éthique). Nous avons sélectionné les textes pertinents pour notre étude puis réalisé une analyse critique au prisme de l'acceptabilité.

Les outils méthodologiques mobilisés comprennent des entretiens individuels semi-directifs et des focus groups, réalisés tant auprès des habitants qu'auprès des professionnels de proximité (travailleurs sociaux, professionnels de santé, médiateurs). Cette pluralité de points de vue permet de croiser les perceptions des habitants avec celles des acteurs institutionnels et associatifs qui interviennent dans la gestion quotidienne des mesures sanitaires. En parallèle, une analyse documentaire approfondie a été réalisée, incluant la révision de la littérature scientifique et des documents juridiques, afin de contextualiser les résultats de l'enquête dans un cadre plus large, incluant des comparaisons avec d'autres études similaires menées dans des territoires populaires.

Ce rapport se structure en plusieurs parties qui retracent les différentes étapes de l'enquête et l'analyse des résultats obtenus. La première partie, consacrée à la problématisation, revient sur les enjeux théoriques et conceptuels liés à l'appropriation des mesures sanitaires en contexte d'exception. Le concept d'acceptabilité est ici revisité à la lumière de la pandémie, en interrogeant notamment les limites de la démocratie sanitaire dans un régime d'urgence. Les logiques de justification, de coercition et de consentement sont discutées, en mobilisant des travaux issus de la sociologie, du droit et de la santé publique.

La deuxième partie du rapport s'attarde sur la méthodologie mise en œuvre pour l'étude. Elle décrit les outils et méthodes utilisés pour la collecte des données, ainsi que les limites inhérentes à l'enquête de terrain. Cette section revient également sur la révision de la littérature existante et l'analyse des documents juridiques, qui ont permis de contextualiser les mesures restrictives dans le cadre législatif français. Une attention particulière est accordée à la description du quartier du Grand Mirail, en tant que territoire cumulant les vulnérabilités sociales, économiques et sanitaires.

La troisième partie du rapport présente les résultats de la recherche, en s'appuyant sur une analyse thématique des données recueillies lors des entretiens et des focus groups. Trois dimensions principales de l'appropriation des mesures sanitaires sont dégagées : la dimension relationnelle, qui met en avant l'importance des interactions sociales dans la justification et l'acceptation des mesures ; la dimension temporelle, qui interroge l'évolution des attitudes au fil des différentes phases de la pandémie (confinement, couvre-feu, vaccination), mais surtout les formes temporelles des rapports aux normes ; et la dimension corporelle, qui explore les effets des restrictions sur les corps et les interactions physiques, notamment à travers les gestes barrières et les nouvelles formes de sociabilité imposées par les normes sanitaires. Ces différentes dimensions permettent de mieux éclairer les interactions entre les

conditions objectives d'existence et les processus normatifs à l'œuvre dans l'appropriation des mesures sanitaires.

Enfin, la dernière partie du rapport ouvre des perspectives plus larges, en questionnant les registres de justification mobilisés tant par les habitants du quartier que par les institutions publiques. L'articulation entre les discours de justification des autorités et les pratiques locales d'appropriation des normes est ici centrale pour comprendre les dynamiques d'acceptabilité des mesures sanitaires dans un contexte de vulnérabilité sociale. Le rapport se conclut sur des réflexions quant aux conséquences de la pandémie sur les quartiers populaires, en s'interrogeant notamment sur la pérennité des régimes d'exception et leurs effets à long terme sur les populations marginalisées.

Ce travail ambitionne ainsi de contribuer à une meilleure compréhension des dynamiques d'acceptation et d'appropriation des normes sanitaires dans les quartiers populaires, en offrant une lecture interdisciplinaire et empirique des formes d'adhésion ou de rejet des mesures restrictives. Il propose également des pistes pour une réflexion critique sur les politiques publiques en temps de crise, en interrogeant la compatibilité entre gestion de crise et démocratie sanitaire. Nous espérons que ce rapport constitue un apport précieux pour l'analyse des transformations sociales engendrées par la crise sanitaire, tout en contribuant à la voie ouverte par l'IERDJ à une réflexion sur les mécanismes d'acceptabilité sociale dans les situations d'urgence.

Problématisation. L'appropriation des mesures, un regard interdisciplinaire

Acceptabilité en contexte d'exception : et la démocratie sanitaire ?

La Loi n° 2020-290, adoptée par le Parlement français le 23 mars 2020 a créé un régime d'exception, l' « état d'urgence sanitaire » qui, donnant le primat aux enjeux sanitaires, a permis des limitations de l'exercice des droits et des libertés (Leterre, 2021). Il venait légitimer les décisions prises par ordonnances par le gouvernement afin de lutter contre la pandémie de Covid-19, légitimité constitutionnelle de plus en plus remise en question au fil du déroulement de la période, notamment en termes de restrictions des libertés individuelles et des droits fondamentaux, comme la liberté de mobilité, d'association, de réunion, etc.

Ces dispositifs exceptionnels se sont construits au fil du temps notamment afin de permettre l'attribution de pouvoirs dérogatoires à l'administration en cas de crise sanitaire majeure et notamment si celle-ci atteignait un niveau de gravité exceptionnel d'anormalité et d'imprévisibilité (Roumiguié, 2023). La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique prévoyait à son article 8 des mesures exceptionnelles « lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe et que les moyens de défense locaux sont insuffisants ». La jurisprudence administrative a également, et ce de façon précipitée, dégagé la théorie des circonstances exceptionnelles dont les conditions ont été posées à l'occasion de deux arrêts rendus par le Conseil d'État (CE) pendant la Première Guerre mondiale (CE 28 juin 1918, Heyriès, req. n° 63412 et CE 28 févr. 1919, Dames Dol et Laurent, req. n° 61593). Dans le contexte spécifique des mesures prises dans le cadre de l'urgence sanitaire en 2020, ces mesures dérogatoires ont pu d'ailleurs être « aggravées » à l'échelle locale conférant aux représentants de l'État à l'échelle régionale et départementale des pouvoirs de police inédits (Boulestreau et al., 2020).

Toutefois, des actions positives d'accompagnement de la crise ont également été déployées, notamment à l'échelle locale en complément des actions de l'État, afin de soutenir l'économie et le secteur sanitaire et social comme le montre le rapport du Conseil Économique, Social et Environnemental de la Région Occitanie¹.

Confinement général de la population pendant deux mois en 2020, puis confinements partiels qui se succèdent, couvre-feux, port du masque obligatoire, interdiction de grands rassemblements, y compris à l'extérieur, isolement systématique des personnes testées positives, quarantaine, gestes barrières et distance physique, passe sanitaire, etc. : de par leur radicalité avec le cours quotidien de la vie et leur force contraignante, ces mesures restrictives questionnent la réception et l'adhésion des personnes et les modalités de celle-ci. Si plusieurs notions dans la littérature, comme celles d'acceptabilité, d'acceptation, de consentement,

¹ Crise Covid-19 des priorités pour une économie régionale transformée, diversifiée, durable et solidaire, 30-09-2020, <https://www.ceser-occitanie.fr/wp-content/uploads/2021/04/AVIS-CESER-Crise-Covid-ADOPTÉ-30-09-2020.pdf>

entre autres, cherchent à expliciter, décrire et modéliser la diversité des formes de réception individuelle et sociale de divers projets, mesures ou technologies, nous avons ici tenté de saisir la pertinence d'une analyse en termes d'acceptabilité dans ce contexte particulier.

En effet, le contexte pandémique est un cadre politique et décisionnel singulier pour l'analyse des formes d'acceptabilité, non seulement par l'ampleur de l'incertitude qui le soutenait, mais aussi par sa forme verticalisée (*top down*). Comme le rappelle Batellier (2015), la notion d'acceptabilité est liée à deux processus concomitants, d'une part la nécessaire légitimation des décisions politiques dans les démocraties occidentales par la revendication d'une prise en compte des impacts de celles-ci et, d'autre part, la valorisation d'une participation plus forte du public, des « profanes », des citoyen·ne·s dans ces décisions.

Dans le champ de la santé publique, ces processus sont liés à ce qu'on nomme la « démocratie sanitaire », notion issue d'une série de réformes du système de santé français dans le courant des années 1990 et consacrée notamment avec la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Le modèle de la démocratie sanitaire résulte notamment de deux processus. D'un côté, celui d'une démocratie participative qui repose sur la valorisation du citoyen ordinaire dans la prise de décisions et d'un autre côté le développement dans le champ de la santé des formes de contestation des malades contre le paternalisme médical et pour la valorisation du « savoir profane ». Ainsi, le modèle de la démocratie sanitaire accorde de nouveaux droits aux malades et favorise leur participation dans les processus décisionnels (Tabuteau, 2013). Malgré le fait que ce modèle soit fortement discuté dans la littérature – notamment du fait de son éloignement avec la réalité sanitaire, mais aussi de son rapprochement idéologique avec des logiques de management qui tendent à responsabiliser les individus – il constitue un univers normatif de la santé publique actuelle.

Or l'état d'exception et les prises de décision gouvernementales ont mis à mal ce modèle par une gestion unilatérale de la crise. Comme le suggère Bergeron (2020) : « *les mesures prises (comme le pass sanitaire) ont pendant longtemps joué sur la peur et la coercition plutôt que sur des instruments de promotion de la santé favorisant la conviction et l'« empowerment », principes au fondement de la démocratie sanitaire et de la santé publique* ». Cette « démocratie sanitaire » mise à l'épreuve (Id.) pendant la pandémie par des formes « élitaires » (Id.) de prises de décision, pose ainsi la question des formes d'acceptabilité sociale des mesures sanitaires sans participation publique. Or si elles ont suscité des réactions variables, force est de constater qu'une grande majorité de la population s'y est conformée (Peretti-Wattel et al., 2021), du moins au début de la pandémie².

Ainsi, se pose la question incontournable de l'acceptabilité sociale, voire de l'acceptation, en dehors de toute participation citoyenne, des mesures sanitaires et de restriction des libertés. Alors que les formes d'acceptabilité sont généralement saisies à partir de l'examen des conditions qui rendent un projet, une décision ou un service acceptable avant sa mise en œuvre (Terrade et al., 2009), loin d'une visée prédictive s'intéressant aux réceptions *a priori* du public, il est question ici de réception *a posteriori* afin de comprendre les modalités

² L'enquête Coconel montre une relative acceptation des personnes à des mesures si restrictives comme le premier confinement de 2020. Cependant, les données montrent comment ce consensus est resté fragile ainsi que la dépendance des formes d'adoption des mesures préventives aux vagues épidémiques (Coviprev).

d'acceptation³ et les diverses appropriations des mesures sanitaires. En effet, nous retrouvons dans la littérature cette distinction forte entre « acceptabilité » et « acceptation ». Si la première est une notion pronostique qui cherche à évaluer par anticipation les attitudes, pratiques et usages futurs, la deuxième s'intéresse aux conditions d'acceptation des nouvelles pratiques et décisions déjà prises (Chaumon, 2016).

La distinction entre acceptation et acceptabilité n'est cependant pas qu'une question chronologique, mais elle implique aussi des processus décisionnels (et de gouvernance) différents. Si l'acceptation s'inscrit dans des logiques politiques plus conventionnelles qui chercheraient à comprendre – mais aussi à maîtriser – les contestations possibles de décisions déjà prises (Gendron, 2014), l'acceptabilité supposerait, elle, un véritable dialogue entre « les parties prenantes », ou du moins, la prise en compte de leurs attitudes avant la prise de décision. Comme le remarque Batellier (2015), on retrouve dans les travaux sur l'acceptabilité la même tension majeure que dans le champ lexical du mot « accepter » : entre ce qui relève d'un « accord » par appui volontaire et par choix et ce qui relève de « l'acceptation » comme accord subi, par défaut et ne relevant pas d'un choix. Batellier (2015 :62) précise qu'« *Il s'agit là de deux types de réponses du public et indirectement, d'idéal à viser, très différents l'un de l'autre* ».

Travaillant sur le contexte exceptionnel de la pandémie, nous aurions pu évacuer et contourner la notion d'acceptabilité sociale par celle « d'acceptation ». En effet, nous nous trouvons dans un contexte où les règles et normes sociales de la démocratie sanitaire – supposant la participation citoyenne, la valorisation de « *l'expertise profane* » (Akrich et Rabeharisoa, 2012) ainsi qu'un modèle de prévention de type « *contractuel* » (Dozon, 2001) qui vise l'engagement individuel d'un « *patient-sentinelle* » (Pinell, 1992) sur la vigilance de sa propre santé – étaient transgressées par la concentration d'un pouvoir décisionnel (Saint-Bonnet, 2007) s'exerçant en mode descendant ou *top-down* (Fraser et al., 2022). La rhétorique même de la démocratie sanitaire « *avec ses notions 'd'autonomie', de 'consentement éclairé', de 'participation aux soins', [qui]s'est effacée au profit de celle du déni de rationalité des citoyens* » (Simon, 2022) s'est construite autour des figures extrêmes du « *complotiste* », du passeur « *d'infodémie* », etc.

Ainsi, certains auteurs parlent de « *parenthèse de la démocratie sanitaire en situation de crise* » (Simon, 2022) alors que d'autres s'interrogent sur les risques de permanence des régimes d'exception au détriment de la démocratie sanitaire (Hennette Vauchez, 2022). Or dans cette recherche nous nous proposons de montrer de quelle manière l'analyse sociologique des formes de réception des mesures sanitaires, dans le sens d'acceptation et appropriation *a posteriori*, peuvent être fécondes et contribuer au balisage de la notion d'acceptabilité sociale (Batellier, 2015). Ainsi, si souvent la littérature distingue acceptation et acceptabilité, la première comme un état et la seconde un processus (Bonnotte, 2016), il s'est agi pour nous de montrer comment l'appropriation, recouvrant le large spectre de pratiques allant du refus à l'adhésion en passant par diverses formes d'appropriation, procède aussi de processus sociaux.

³ Afin de faciliter la lecture, nous adoptons ici les notions positives d'acceptation/acceptabilité de manière englobante de toute la panoplie de positions qui vont du refus/contestation à l'approbation/appropriation. Nous reviendrons sur ces modalités ci-dessous lors des analyses des données.

Finalement, une ligne de réflexion plus étendue et interdisciplinaire s'impose à nous, en interrogeant comment les formes d'inflexion au modèle de « démocratie sanitaire » ont été construites et vécues dans le territoire d'un quartier prioritaire, et en questionnant non seulement les modalités pratiques et discursives des dispositifs contraignants, mais aussi les actions qui ont œuvré dans le maintien/ou la recréation des espaces de « démocratie sanitaire » en temps d'exception.

Des modèles préventifs et mesures diverses.

Un cadrage à la fois théorique et opérationnel vient alimenter cette piste de réflexion entre démocratie sanitaire et exception : l'approche des « modèles préventifs », développée par Jean-Pierre Dozon, comme « *modalités intellectuelles et pratiques d'anticipation du malheur* » existant de tout temps et dans toute société (Dozon, 2001). Il y a deux décennies, l'auteur proposait d'étudier les pratiques et représentations préventives autour de quatre modèles, qu'il ne faut pas considérer comme uniquement évolutifs, car bien qu'ils se succèdent et deviennent plus importants à des moments historiques particuliers, ils co-existent souvent. En simplifiant ici la description de ces quatre modèles, Dozon distingue :

Le modèle « magico-religieux » qui semblerait de prime abord appartenir aux sociétés traditionnelles mais qui reste très présent dans nos sociétés occidentales et modernes. S'il renvoie à des croyances *a priori* closes sur elles-mêmes, ce modèle comporte un noyau de rationalité et génère des explications et des mises en relations telles que la causalité, l'analogie, la déduction ou l'induction, permettant d'interpréter les maladies, mais aussi et surtout de mettre en œuvre des actions spécifiques et ordonnées pour les prévenir.

Le modèle de la « contrainte profane », attesté depuis longtemps et universellement, consiste à développer diverses pratiques de mise à l'écart, de ségrégation, voire d'enfermement (lazarets, dispositifs de quarantaine ou cordons sanitaires, par exemple). Il est nommé « profane » car il ne repose pas sur des visions sacrées, mais sur des logiques prosaïques basées sur des observations des formes de contagion et de contamination de certaines maladies.

Le modèle « pasteurien », qui constitue une modalité de la prévention liée au progrès des disciplines biomédicales, s'inscrit donc résolument dans la modernité. Il s'agit ici d'un modèle très performant sur le plan cognitif de protection individuelle et collective puisqu'il procède d'un schéma aisément compréhensible par tous – un germe, une maladie, un vaccin – permettant une large adhésion, malgré des résistances. Mais il est performant aussi sur le plan de politiques sanitaires pouvant se déployer autant dans la protection de chaque individu que sur la population en général.

Enfin, le « modèle contractuel » postule qu'un ensemble de normes et de standards de comportements en santé sont partagés, appliqués et intériorisés par la population ou par des groupes spécifiques. Ce modèle concerne une panoplie de pathologies et d'états de santé (cancer, handicaps, diabète, obésité, etc.) et ne se réduit pas aux maladies infectieuses ou contagieuses. Il mobilise moins les étiologies ou des raisonnements uni-causaux que des facteurs de risque, autant endogènes qu'exogènes. Mais surtout, à la différence des autres modèles, il se base sur l'idée d'un contrat entre d'un côté les pouvoirs publics qui doivent garantir un « droit à la santé » (systèmes de sécurité sociale, dispositifs d'amélioration de la santé, identification des facteurs de risques, production des messages préventifs, etc. pensés

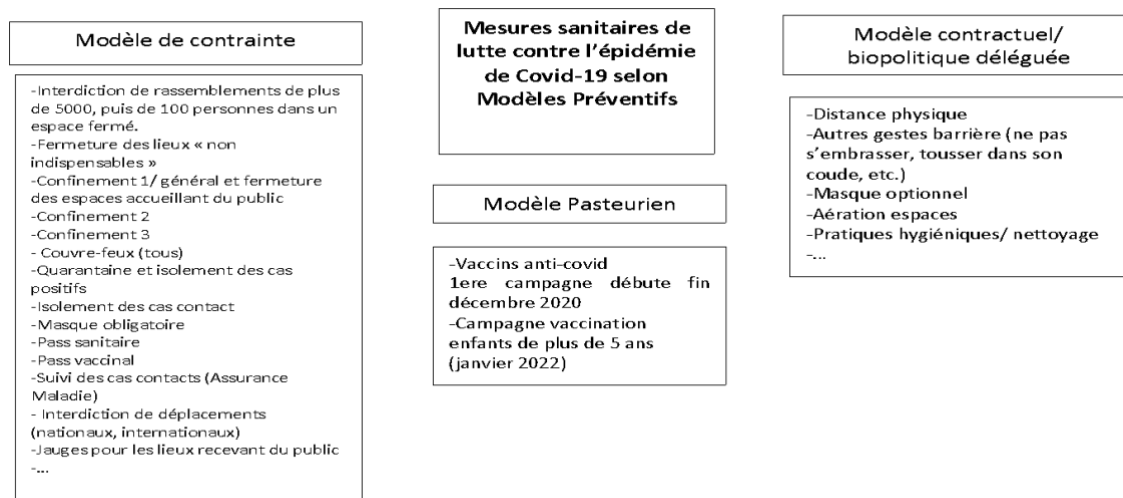
à travers des connaissances biomédicales) ; et de l'autre le groupe plus ou moins bien identifié de citoyen·ne·s et usager·ère·s qui ont le devoir de « recevoir » ces messages et de mettre en œuvre des pratiques préventives conformes. Autrement dit, des individus rationnels et responsables qui intériorisent dans leur propre intérêt ces normes préventives de santé. En effet, l'autre phase de ce modèle préventif de la santé publique, basé sur le contrat plus que sur la contrainte, est l'émergence d'une nouvelle forme de gouvernements des corps (ou biopolitique – Foucault, 1974) qui incite les personnes à s'auto-contrôler (son corps, sa santé, sa « personne ») plus qu'elle ne les contraint de l'extérieur à adopter les comportements sanitaires attendus. Ce « libéralisme corporel » constitue un nouveau paradigme qui repose sur une « biopolitique déléguée » (Memmi, 2003) à l'individu lui-même.

Dozon jugeait déjà en 2001 que « *le modèle contractuel, quelles que soient ses aspirations à l'hégémonie, n'arrive pas à occuper tout le terrain des modèles de prévention* ». En 2020, en pleine crise sanitaire, il constate la réactualisation un peu partout dans le monde, dont les pays démocratiques, de la contrainte profane basée sur l'isolement, l'enfermement et la ségrégation afin d'assurer la protection collective. Puis l'avènement des vaccins anti-covid est vu comme une inflexion à la contrainte (Dozon, 2022), permettant, non sans conflits et controverses, le passage partiel au modèle pasteurien de prévention. Néanmoins, il constate que les résistances à la vaccination relancent des mesures contraignantes comme les *passé sanitaire* et *passé vaccinal*, des sanctions directes et indirectes aux non-vacciné·e·s. Si ce n'est pas la première fois dans l'histoire que la vaccinologie s'accompagne d'obligations et contraintes, l'obligation vaccinale n'avait jamais occupé l'espace public dans son ensemble (espaces professionnels, de loisirs, de santé, etc.) et avait surtout été appliquée aux enfants (pour leur scolarisation).

Articulé à nos analyses préliminaires, ce cadrage nous semble opérationnel dans le but notamment d'introduire une nécessaire distinction entre les mesures sanitaires elles-mêmes. Nous avons été surprises par le fait que souvent les travaux qualitatifs en sciences sociales parlent soit de l'une d'entre elles, notamment le confinement, soit des « mesures sanitaires » de façon globale, comme si elles relevaient de la même logique, nécessitaient les mêmes dispositions des personnes et restreignaient de la même manière leurs libertés. Or les personnes interviewées paraissent mobiliser des logiques différentes quand il s'agit d'accepter le confinement du printemps 2020 ou quand il s'agit de ne plus faire « la bise » à ses proches. Cette distinction des mesures sanitaires entre elles ne se justifie pas seulement sur le plan des expériences des personnes et des formes d'acceptation qu'elles mettent en œuvre, mais elle participe aussi des dialogues avec l'analyse juridique et éthique réalisée dans le cadre du projet, car les mesures touchent différemment le droit, les diverses libertés (liberté personnelle, liberté de circulation, liberté d'association, etc.) et l'usage de plusieurs formes de coercition (physique, administrative, etc.).

Nous avons effectué une distinction des mesures sanitaires à partir des modèles préventifs et de nos analyses, présentée dans le tableau ci-dessous. Ce chantier analytique a guidé une partie du travail de terrain (sociologique et juridique), de recherche bibliographique ainsi qu'une prudence accrue dans le maniement de nos données.

Figure 1. Types de mesures sanitaires en France selon modèles préventifs (Dozon, 2001)



Ainsi, l'analyse interdisciplinaire des mesures sanitaires a conjugué la perspective proposée par Dozon à l'analyse juridique. Selon celle-ci, le gouvernement, durant la crise du covid-19 a eu recours à différents mécanismes, en alternant entre le pouvoir incitatif et coercitif. Le pouvoir coercitif ici se réfère à la capacité du gouvernement à influencer ou à contrôler le comportement d'autrui en utilisant la force, la menace ou des sanctions négatives. Il repose sur l'idée que si les individus ou les entités ciblées ne se conforment pas aux demandes ou aux directives, des conséquences négatives seront imposées telles que sanctions pénales, amendes, sanctions économiques, actions disciplinaires, etc. Le pouvoir incitatif quant à lui se rapporte à la capacité du gouvernement à influencer le comportement d'autrui en offrant des récompenses, des avantages ou des incitations positives. L'idée sous-jacente est que les individus seront plus enclins à agir d'une certaine manière s'ils anticipent les bénéfices positifs en résultant.

L'approche de la « justification » pour sortir de l'aporie attitude/comportement

Batellier (2015 : 39) rappelle qu'au sein des travaux sur l'acceptabilité les distinctions entre ce qui relève des perceptions, des attitudes ou des comportements sont souvent éludées. « Lorsque l'on étudie comment un public accepte ou pas, on évalue une forme de réponse. Est-ce les attitudes, les comportements, les perceptions, les discours du public ? Il nous paraît important de préciser quelle forme de réponse est considérée car, si ces quatre formes de réponses sont fortement interdépendantes, elles ne couvrent pas forcément la même réalité ». De même, il ressort de nos analyses le nécessaire questionnement sur les liens directs que l'on pourrait être tentés de faire entre adhésion (ou attitude) et comportement. Il est possible d'adhérer à une règle générale sans la mettre en pratique, ou au contraire, de ne pas adhérer à une mesure et l'appliquer. Ainsi, une femme nous dit qu'elle n'est pas d'accord, mais elle doit suivre les règles, d'autres nous disent que c'est « la loi », etc. Ici, il est aussi important de distinguer les mesures coercitives de celles plus facultatives ou incitatives, liées à un modèle contractuel. Mais ce qui apparaît surtout de manière empirique comme étant les modalités

d'arrangements dans les interstices et écarts entre la (non)adhésion et les comportements sont des formes de justification. Nous soutenons ici qu'une façon de sortir de l'aporie « attitudes/comportements » et leur manque de concordance est la mobilisation des travaux autour *De la justification* (Boltanski et Thévenot, 1991), consistant à décrire les capacités critiques des acteurs-rices engagé-e-s dans des situations incertaines, de dispute ou de conflit comme des grammaires stables et partagées.

Suivant une approche qui met en lumière « *la compétence critique des gens ordinaires* » (Boltanski, 2009), nous postulons que les modalités des « relations » à l'autorité et aux normes sont façonnées par les positions et appartenances sociales des personnes. Ainsi, et dans la continuité de notre enquête entamée en mars 2020, nous avons souhaité interroger les capacités et dispositions des personnes à obéir aux mesures sanitaires et policières imposées au nom de la situation de crise, mais aussi les difficultés, les résistances et les marges de négociations et d'adaptation à ces mesures, qui varient selon le positionnement social et les ressources symboliques et matérielles de chacun-e. Des éléments objectifs, tels que les conditions de vie et de logement influencent directement les marges de manœuvre des individus. Par ailleurs, la dimension symbolique offre des possibilités différentes aux personnes de justifier leurs arrangements avec la règle. La classe sociale, le genre, la situation administrative et l'âge génèrent de fortes variations dans les modes de justification mobilisés. Traduisant des rapports à la norme sanitaire différenciés (Arborio, 2019 ; Ewick et Silbey, 2004), les cadres de justification et les principes d'autorité mobilisés divergent également en fonction des parcours biographiques des personnes et des relations dans lesquelles elles évoluent. Les individus se distinguent autant dans leur capacité à s'autoriser à interpréter la règle, voire à la critiquer (Boltanski, op.cit.) que dans les possibilités de justifier et légitimer leurs éventuels contournements des normes⁴. Les différents modes de justification ne tirent pas leur légitimité des mêmes sources et requièrent une analyse fine des arguments afin de déterminer quels fondements et principes d'autorités (scientifiques, religieux, traditionnels, politiques, juridiques, etc.) sont convoqués selon les circonstances et les intérêts respectifs pour nuancer, interroger, justifier ou critiquer la raison sanitaire publiquement imposée. En retour, ces différentes justifications pointent la diversité des vécus et des pratiques et invitent à questionner la dimension commune et partagée des mesures sanitaires à l'œuvre. En effet, une intervention en santé publique aussi massive que celle du confinement à domicile ou de la vaccination de masse permet d'examiner les différentes approbations de l'ordre sanitaire, moral et sécuritaire et d'éclairer par quels rapports sociaux il exerce son empire sur les populations. En ce sens, nous nous inspirons de l'approche *Law and Society* (Calavita, 2016 ; Ewick et Silbey, 2004). Ce courant de recherches, résolument interdisciplinaire (sociologie, droit, science politique, anthropologie), adopte une vision du « droit » qui se détache de l'abstraction théorique des textes juridiques pour se focaliser sur ce que la loi devient concrètement lorsque des individus et/ou des groupes en font usage ou se réfèrent à elle ou à des principes associés (ex. la « légalité »). La focale est donc portée sur les manières dont la loi se manifeste en pratique, puis, selon l'utilité, la valeur ou l'intelligibilité que les acteur-ice-s lui accordent, sur les usages plus ou moins stratégiques et conscients qu'ils-elles en font tous les jours.

⁴ « Appartenir à la classe dominante, c'est d'abord être convaincu que l'on peut transgresser la *lettre* de la règle sans en trahir l'*esprit* » Boltanski Luc, *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, Gallimard « NRF Essais », 2009, p. 218.

La notion d'acceptabilité pourra ainsi être complexifiée à l'aune des données empiriques et d'une approche juridique et sociologique en termes de normativité. Les notions d'acceptation et d'acceptabilité nous semblent véhiculer une approche « abstraite » des individus (ou citoyens) qui échoue à prendre en compte les formes matérielles et symboliques, les ressources et les contraintes différentes qui configurent ce rapport aux normes. Ces notions méritent d'être complexifiées par des données empiriques (Boissonade et al., 2016 ; Gendron, 2014) afin de mettre en lumière le caractère actif du « récepteur ». D'autant plus que, s'agissant de « normes », il nous semble que la notion d'acceptation doit renouer avec celle d'appropriation qui permet de rendre compte du caractère dynamique et modulable des normes, des bricolages à l'œuvre dans les pratiques et interactions concrètes des acteur·ice·s sociaux·ales.

Nous postulons une conception plurielle des formes d'appropriation des mesures sanitaires et restrictives par les personnes appartenant aux classes populaires en fonction de leurs conditions matérielles, de leurs caractéristiques sociales, de leurs rapports aux normes de santé et à l'autorité publique. Celles-ci dépendent, pour une bonne part aussi, des formes et instances d'interaction, de médiation et de contrôle à l'échelle d'un territoire.

Ainsi, afin de saisir dans un quartier populaire l'acceptabilité des mesures restrictives mises en place par le gouvernement français dans la lutte contre la pandémie de covid-19, notre cadre théorique repose sur deux approches/axes opérationnels, lesquelles sont articulées dans le terrain et les analyses sur :

Un axe pratique : analysant les conditions matérielles et d'existence objectives des personnes, au prisme de l'entrecroisement des rapports sociaux de domination (Galerand et Kergoat, 2014) qui les façonnent, et des effets en termes de dispositions et logiques d'actions face aux normes sanitaires et restrictives des libertés.

Un axe normatif : qui s'intéresse aux rapports aux normes sanitaires, étudiés à partir des modes de justification (dont l'usage de la loi comme principe d'autorité) et de médiations relationnelles à l'œuvre dans l'acceptation des normes. L'approche de Boltanski et Thévenot, (1991) nous semble pertinente pour l'exhaustivité dans l'appréhension de l'acceptabilité sociale. Très descriptive, elle présente les conditions initiales (mondes, logiques, grandeurs), les possibilités de controverses (dans un monde, entre plusieurs mondes), et les modalités de production d'accord ou désaccord (arrangement, compromis, refus, etc.). Elle permet ainsi de comprendre différents niveaux d'analyse des arrangements entre les acteur·ice·s, et entre eux·elles et les normes sanitaires.

Le projet consiste ainsi en une analyse des processus normatifs croisant les apports disciplinaires de la sociologie de la santé, du droit et des quartiers populaires à l'analyse juridique de la réception des normes. Plus précisément, il engage un examen pluridisciplinaire des rapports à l'autorité sanitaire, des compositions et des arrangements avec cette dernière, tels qu'ils se donnent à voir dans les pratiques et dans les discours de justification et de (dé)légitimation portés sur les mesures associées à la lutte contre la Covid-19.

Méthodologie et terrain

Outils et méthodes

Nous avons mené une étude qualitative de type monographique au sein du quartier *Le Mirail*, de la ville de Toulouse. Ce quartier qui réunit les trois quartiers de grands ensembles Bellefontaine, Reynerie et Mirail Université a été pensé et construit, dans les années 1960, comme une ville nouvelle à destination des classes moyennes de la ville de Toulouse. Il se révèle cependant, et ce, dès les années 1980, comme le quartier de la ville où se concentrent les populations immigrées et pauvres, ce qui explique son classement aujourd'hui en « quartier prioritaire de la ville » et les politiques publiques qui le ciblent particulièrement, autant en termes d'urbanisme, que du maintien de l'ordre ou encore de programmes de santé.

L'approche monographique a ceci d'original qu'elle suppose l'étude minutieuse des pratiques des différent·e·s acteur·ice·s mais aussi de leurs interactions, en les situant dans un espace et un temps spécifiques permettant de rendre compte des effets des mesures gouvernementales successives (depuis l'annonce du premier confinement jusqu'aux nouvelles politiques de vaccination). Le chantier empirique s'est déployé auprès des habitant·e·s et des acteur·ices professionnel·le·s « de proximité » de ce quartier populaire de Toulouse, classé « quartier prioritaire de la Politique de la Ville ».

L'approche monographique n'exclut pas la comparaison, comme le rappelle Guéranger (2012). Le terrain choisi et la description fine d'un agencement socio-spatial identifié qu'il rend possible, présentent l'intérêt de permettre une montée en généralité à partir d' :

- une comparaison dans le temps avec les différents projets de recherche menés au sein du collectif des Confins, permettant d'interroger l'évolution du rapport aux normes sanitaires et aux mesures restrictives ;
- une comparaison entre différents groupes de population en confrontant nos résultats avec ceux issus de nos autres enquêtes menées au sein des projets EPIDEMIC, Egalité-Covid et Covid-jeunes enfants.
- une confrontation de nos résultats avec ceux des enquêtes nationales quantitatives, comme le baromètre CEVIPOF, et de travaux de recherche ayant une approche monographique, permettant de mettre en évidence les différences et/ou logiques communes à l'œuvre afin d'élargir nos analyses au-delà du quartier étudié.

Le projet s'inscrit dans une démarche interdisciplinaire associant des chercheur·e·s issu·e·s de la socio-anthropologie, de la sociologie du droit, des sciences politiques, des sciences juridiques et de l'éthique en santé. L'approche interdisciplinaire proposée présente l'intérêt de croiser les regards sur un objet d'étude commun et de mettre en œuvre un travail collectif portant sur l'analyse des phénomènes de composition et d'appropriation des régulations dans lesquelles se combinent des situations, techniques de gouvernement des populations,

compétences et tactiques pour s'ajuster aux contraintes prescrites et cadres sociaux d'interactions. En ne construisant pas les contextes de la même manière (Lahire, 1996) et en se focalisant sur différents niveaux d'échelle, de la micro-analyse à la construction du social, chacune des disciplines propose « une version du réel » et non « une image plus vraie du réel » (Revel, 1994) selon une épistémologie de la complémentarité (Valade, 2013). Les chercheur·e·s impliqué·e·s dans ce projet ont une longue expérience du travail en pluridisciplinarité, mise en œuvre dans plusieurs contrats de recherche portés par l'IFERISS.

a. Révision de la littérature et analyse de documents

Pendant les premiers mois du projet, l'équipe a entamé une importante révision de la littérature existante autour des enjeux de l'appropriation et de l'acceptabilité des mesures sanitaires mises en place lors de la pandémie de covid-19. Ce travail bibliographique se focalise sur des articles et ouvrages en sciences sociales publiés depuis mars 2020 en anglais et français. Les ressources numériques utilisées sont notamment Cairn, Erudit et OpenEditions Journals. Ces références spécifiques à la situation de crise pandémique sont analysées à la lumière des travaux plus généraux en sciences sociales. Ainsi, un premier tri des références a été organisé à partir de trois thématiques : 1) Santé et classes populaires ; 2) Acceptabilité (des mesures) ; 3) Médiation en santé.

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressées aux travaux ayant porté sur des territoires partageant des caractéristiques avec celui du Mirail. Il nous importait de comprendre ce que l'irruption de la pandémie fait aux inégalités sociales de santé, en particulier dans les quartiers prioritaires de la ville. Nous nous inscrivons dans un courant de recherche qui interroge l'idée communément transmise (média, discours politiques...) que les populations des classes populaires seraient celles qui respectent le moins les gestes barrières et les autres mesures de prévention contre le covid-19. Pierre Gilbert (2020), à l'instar d'autres sociologues des classes et des quartiers populaires, renverse d'ailleurs le questionnement en soulignant les contraintes accrues rencontrées par les classes populaires durant la pandémie : *« deux grands effets de la situation actuelle pour les quartiers populaires: le confinement y crée d'une part des inégalités spécifiques et de grandes difficultés pour les ménages qui y résident ; d'autre part, en raison des diverses inégalités qui les touchent – santé, logement, travail et transport –, les ménages et les quartiers populaires se trouvent particulièrement exposés au virus et risquent finalement de payer un très lourd tribut à la pandémie »*. Les travaux d'Audrey Mariette et Laure Pitti (2020) durant le confinement ont permis de confirmer ce *« très lourd tribut »* payé par les habitant·e·s des quartiers populaires de Seine-Saint-Denis dont le cumul d'inégalités a été aggravé par la crise sanitaire. Quand une partie de cette population occupe les emplois de "première ligne" et s'expose ainsi au virus, l'autre connaît une diminution de ses revenus en raison de la mise à l'arrêt de son activité rémunérée, ce qui, couplé aux fermetures des établissements scolaires et donc des cantines, engendre une véritable problématique alimentaire. À cette dimension s'ajoutent entre autres les tensions (et parfois les violences) liées à la suroccupation en continu des logements, les facteurs de comorbidités que constituent les maladies chroniques telles que le diabète dont souffre une grande partie de cette population et la stigmatisation dont elle fait l'objet durant la période dans les médias et discours politiques. Les auteures en concluent que la santé, entendue

comme "bien-être physique, mental et social", des habitant·e·s de Seine-Saint-Denis a été durement impactée par la crise sanitaire et sa gestion politique.

Nous nous sommes ensuite attachées à circonscrire le champ de l'acceptabilité des normes sanitaires dans le contexte de la crise covid-19, définie par la littérature comme un processus (Bonnotte, 2016) reposant sur une conception particulière des décisions politiques dans les démocraties occidentales, basées notamment sur une forte valorisation de la participation du public et des « profanes » dans ces processus décisionnels (Batellier, 2015). Ainsi, l'usage de cette notion semble compromis par les modalités descendantes et injonctives de l'imposition des mesures sanitaires. De même, l'analyse de la littérature sur l'acceptabilité dénote de grandes difficultés à définir ce qu'est le "social" de l'acceptabilité, en en proposant souvent des visions limitées (Gendron, 2013 ; Batellier, 2015). C'est pourquoi nous choisissons d'entendre l'acceptabilité au prisme de dynamiques locales régies par des relations non seulement ancrées dans des rapports sociaux préexistants, mais également situées et concrètes entre les différent·es acteur·rices. Cette dynamique relationnelle empruntée à Elias (1991) ainsi que l'étude des modes de justification (Boltanski et Thévenot, 1991) mobilisés permet ainsi de restituer à la notion d'acceptabilité son caractère processuel tout en affinant la compréhension de la variété des formes d'adhésion et d'appropriation des normes sanitaires.

La dynamique relationnelle préside également à notre acception de la médiation en santé paire telle que mise en place par l'ARS pour faciliter l'adoption des normes sanitaires dans le quartier du Mirail et dont nous développons le dispositif plus loin. Tout comme les métiers du soin ou de l'intervention sociale, la médiation en santé nécessite de considérer la relation avec ses destinataires comme l'outil et le but de l'accompagnement (Rothier Bautzer, 2016). Cette dimension relationnelle, clairement inscrite dans le référentiel de la HAS de 2017, apparaît comme étant centrale dans l'accompagnement de classes populaires souvent éloignées du soin : « *Cette médiation en santé fait le lien entre les personnes éloignées de la prévention et des soins d'une part, et les acteurs du système de santé d'autre part. Elle se situe bien dans le champ de la santé publique et des démarches de promotion de la santé* » (HAS, 2017). Néanmoins, la révision de la littérature sur la médiation en santé ainsi que les premières analyses de nos données nous permettent d'interroger les limites de tels dispositifs construits dans un moment "d'urgence sanitaire". C'est notamment autour de l'enjeu de définition des finalités de la médiation que nous avons développé nos lectures. Ces visions opposent une médiation ayant des finalités de normalisation des comportements en santé, à celle vue comme cherchant l'émancipation/l'autonomisation des personnes (notamment par des dispositifs de médiation-paire) suivant les principes de la santé communautaire (Desgroseillers, Vonarx et Guichard, 2007) et fondée sur la co-construction des savoirs et des enjeux.

Le deuxième corpus a trait à la littérature grise traitant des questions de la situation en quartiers populaires, de l'accès aux soins, des problèmes survenus pendant la crise, etc. Il s'agit ici de répertorier les rapports, les publications, etc. des structures et organismes nationaux, des associations locales et nationales, sur ces situations (Ex. Contrat Local de santé de 2017 ; Les indicateurs sociaux du quartier de 2021 ; Atlas des quartiers prioritaires de la politique de la ville de 2022 ; INSEE, etc.). L'analyse de ce corpus a permis d'obtenir différentes

informations sur la population d'étude au niveau local, mais aussi de les contextualiser par rapport au niveau national.

Nous avons pu également, pendant cette période, réaliser une relecture et analyse des entretiens effectués avec des habitant·e·s du quartier du Mirail, lors de deux projets de recherche antérieurs, EPIDEMIC et COVJE, menés par des membres de l'équipe. Il s'agit de 7 entretiens (d'une durée d'une heure à une heure trente), avec 4 femmes et 3 hommes en diverses situations familiales et professionnelles. Ces entretiens offrent une vision assez composite du vécu de la pandémie et des mesures sanitaires chez les habitant·e·s d'un même territoire. La plupart de ces entretiens, qui ont été réalisés lors du premier confinement ou juste après sa levée, nous ont permis d'approfondir la *dimension temporelle dans l'analyse de l'acceptabilité* des mesures restrictives, en les comparant avec les entretiens conduits dans le cadre d'ADN-POP.

b. L'analyse juridique des normes de référence

Ce travail d'analyse juridique visait à incorporer la norme juridique dans l'approche sociologique afin de déterminer les normes de référence. Afin d'établir ce corpus juridique de référence, le premier temps a consisté en une mise à jour de la veille COVID réalisée initialement par la Chaire UNESCO Éthique, Science et Société, entre avril 2020 et septembre 2021, en intégrant les textes adoptés jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire, et à la sélection des normes dérogatoires de référence concernant les restrictions de liberté suivantes : confinement, autorisation de sortie et passe sanitaire (vaccination obligatoire). Deuxièmement, ce corpus normatif a été enrichi sous deux aspects : d'une part en intégrant la doctrine juridique pertinente et, d'autre part, la jurisprudence. Ces ajouts ont été réalisés de manière ciblée en sélectionnant, dans les bases de données disponibles telles que « Le Doctrinal » », les décisions du Conseil Constitutionnel ou encore les avis du Comité Consultatif National d'Éthique, relatifs spécifiquement aux domaines de notre étude. La deuxième étape est consacrée à la confrontation de ces normes en temps d'exception au regard des normes en temps ordinaire (ex. liberté d'aller et de venir, obligation vaccinale).

L'objectif était ainsi d'analyser les processus de justification de la restriction des libertés vus par le « haut » du point de vue des institutions et plus particulièrement de compléter les textes normatifs par l'analyse des motivations des décisions rendues par le Conseil Constitutionnel et des avis de comité d'éthique, en particulier le Comité Consultatif National d'Éthique.

Le troisième temps de cette analyse a consisté en la mise en commun et en perspective des résultats au regard des résultats de l'étude sociologique. Par des séminaires de travail (3) durant le projet, où nous présentions nos données respectives récoltées, nous avons effectué une triangulation du corpus empirique. Ceci nous a permis par la suite d'effectuer une sélection des « unités de sens » et thématiques communes nécessitant des approfondissements analytiques.

c. L'enquête de terrain et ses limites

Les premiers mois du programme ont été consacrés à la construction du protocole d'enquête, notamment des deux guides d'entretien distincts : 1. « habitant·e·s du quartier » et 2. « acteur·ice·s professionnel·le·s ». Ceux-ci ont pu être testés et légèrement modifiés, lors de nos entretiens exploratoires réalisés pendant l'été 2022. Les guides utilisés lors de la passation d'entretiens sont en annexes 4 (habitant·e·s) et 5 (professionnel·le·s).

Le mois de septembre 2022 a été consacré à la mise en conformité éthique et réglementaire du protocole de la recherche, particulièrement par la conception de la notice d'information et du formulaire de consentement libre et éclairé pour les habitant·e·s interviewé·e·s, ainsi que par la construction du plan de gestion des données. Ce programme fait l'objet, dans le respect de la protection des données personnelles, d'un enregistrement du protocole au Registre du DPO (délégué à la protection des données / Data Protection Officer) de l'Université Toulouse 3 Paul Sabatier. En décembre 2022, la gestion des données du projet a fait l'objet d'une analyse d'impact relative à la protection des données qui a été positive et dont l'attestation de conformité qui valide le traitement de données réalisé dans le cadre du projet de recherche est en annexe (annexe 2). De même, en novembre 2022, le protocole de recherche a été validé par le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université Fédérale de Toulouse (n° 2022-564), dont l'avis est également en annexe 1.

Nous avons également choisi d'effectuer une phase exploratoire auprès des professionnels de santé et dispositifs sanitaires afin de mieux contextualiser et mieux cerner la conformation de l'offre sanitaire dans le territoire pendant la période. Cette contextualisation nous a permis de mieux conduire les entretiens avec les professionnel·le·s et les habitant·e·s par la suite.

Durant l'été 2022, l'équipe de recherche est entrée en contact avec la coordinatrice (infirmière) de la Maison de Santé Pluridisciplinaire du quartier de la Reynerie qui suit quotidiennement les habitant·e·s et leur a porté des soins au plus fort de la pandémie. Nous avons effectué un *entretien informel avec elle et avec deux « médiateurs·rices·pairs covid »* le 15 juillet 2022. Cet entretien nous a permis de comprendre le fonctionnement de la MSP de la Reynerie et ses liens avec d'autres structures/associations du quartier, les problèmes spécifiques du quartier pendant la période de pandémie et la mise en place du dispositif de médiation. Nous avons pu aussi récolter les premières données concernant les pratiques et les représentations des acteur·ice·s professionnel·le·s. Suite à ce premier contact, très enthousiasmant pour les chercheuses mais aussi pour la coordinatrice de la MSP et les médiateur·rice·s, nous avons, en septembre-octobre 2022, continué à effectuer les entretiens individuels prévus avec d'autres professionnel·le·s de la MSP (notamment le médecin, la médiatrice en santé et les médiateur·rice·s covid), puis en février 2023 avec la coordinatrice de la MSP. Nous avons pu identifier d'autres acteur·ice·s professionnel·le·s (par ex. un pharmacien) et associatifs (« Voir et Comprendre », « les Invisibles »), importants dans la gestion des mesures sanitaires et restrictives dans le territoire.

Afin de mieux comprendre la mise en œuvre locale des dispositifs de médiation, nous avons effectué un entretien informel le 21 juillet 2022 avec la Chargée de mission Santé Précarité de l'Agence Régionale de Santé Occitanie (ARS). Cet entretien nous a permis de comprendre les origines du dispositif de médiation-covid et sa mise en place en vue de sensibiliser les habitant·e·s du Mirail aux gestes barrières et à la vaccination. L'entretien revient sur les résultats et réussites ainsi que sur les difficultés et obstacles rencontrés. Nous avons aussi eu

accès à la documentation liée à la mise en œuvre du dispositif : fiches et supports des formations aux médiateurs·trices, documentation distribuée par les médiateurs·rices aux habitant·e·s, etc.

Si ce dispositif s'avère un véritable terrain à part entière, nous avons estimé qu'il était révélateur de la façon dont les pouvoirs publics envisageaient les rapports aux normes sanitaires dans le quartier et les modalités de l'intervention. Ainsi, nous avons fait, au sein de l'enquête, un focus sur l'analyse de ce dispositif.

Nous avons également mené une discussion de deux heures avec la coordinatrice de l'association « Voir et Comprendre » (quartier Reynerie), qui n'a pas pu être enregistrée, mais a fait l'objet d'une description dans le journal de terrain partagé. L'ensemble de ces entretiens nous permettent de connaître la participation de ces soutiens de proximité dans la mise en place de mesures dans le quartier, leurs relations avec les habitant·e·s ainsi que leur vision des enjeux sociaux et sanitaires particuliers du territoire. Concernant les professionnel·le·s de proximité du champ de la santé, nous avons pu interviewer la totalité de ceux·celles que nous avons envisagé·es, à l'exception d'une médiatrice covid, en raison d'une situation conflictuelle entre certains médiateurs·rices et la coordination de la MSP, ce qui a eu des conséquences sur notre travail de terrain.

Nous avons aussi mené deux focus-groups avec des habitantes (12 femmes) de la Reynerie (7) et de Bellefontaine (5). Nous avons suivi les grilles d'entretiens individuels, en les adaptant aux discussions collectives. De ce fait, ces focus groups ne nous permettront pas des analyses de trajectoires, ni des analyses approfondies sur les liens entre les dispositions et les conditions de vie avec les modalités d'acceptation des normes sanitaires. Nous avons néanmoins pu saisir leurs expériences (plus collectives qu'individuelles) à différents moments de la crise sanitaire (depuis mars 2020 à nos jours) et par rapport aux successives mesures sanitaires et restrictives (confinements, port du masque, distanciation physique, couvre-feux, attestations de déplacement, *pass* sanitaire et politique de vaccination). Nous avons pu aussi obtenir certaines données concernant leurs relations avec les acteurs·trices professionnel·le·s agissant dans le quartier pendant la période. De même, ces focus groups nous ont permis de créer une ambiance amicale et de confiance avec ces femmes, qui n'ont pas souvent l'occasion de parler d'elles-mêmes et de leurs difficultés. Assises autour d'une table et de gâteaux et jus de fruits, les femmes se sont senties en confiance et ont parlé de leur vécu en commun de la pandémie dans le quartier, des rapports avec les mesures sanitaires en tant que femmes de milieu populaire, mais elles ont aussi laissé transparaître leurs divergences de points de vue nécessitant de mobiliser des justifications et d'arguments ce qui les amenait à diverses positions normatives. Effectués dans les locaux des associations qu'elles fréquentent et animés par trois chercheuses du projet, ces focus groups ont aussi été l'occasion d'établir des relations individuelles avec elles, débouchant plus tard sur des entretiens individuels.

Nous avons effectué trois entretiens individuels avec des femmes du quartier⁵, lesquels s'avèrent riches en données permettant des approfondissements sur les logiques biographiques dans les postures normatives, sur l'axe dispositionnel, comprenant les

⁵ Il s'agit de trois femmes d'origine algérienne, d'entre 48 et 51 ans, mariées, avec des enfants, en processus de régularisation pour deux d'entre elles. Actuellement, elles ont des situations professionnelles différentes (femme de ménage, coiffeuse, traductrice-interprète) mais toutes ont connu un déclassement social suite à leur migration en France.

conditions matérielles d'existence objectives des personnes au prisme de l'entrecroisement des rapports sociaux de domination, et de saisir comment elles façonnent des dispositions et des logiques d'actions face aux normes sanitaires et restrictives des libertés.

L'ensemble d'entretiens et focus groups ont été enregistrés et retranscrits.

Tableau 1. Tableau d'entretiens réalisés

Date entretien	Code entretien	Entretien professionnel (P) ou habitant (H)	Durée de l'entretien
15.07.2022	Explo	P	1h43'
21.07.2022	Explo	P	0h40'
18.10.2022	BOU 01	P	0h50'
21.10.2022	BOUFAY01-1	P	0h41'
	BOUFAY01-2	P	0h24'
08.11.2022	Explo	P	2h00'
10.11.2022	BOU 02	P	1h37'
21.11.2022	BOU 03	P	1h15'
09.12.2022	Focus group Bellefontaine	H	1h31'
15.12.2022	Focus group Reynerie	H	1h25'
30.01.2023	BOUFAY 02	H	1h32'
03.02.2023	BOUFAY 03	P	1h49'
13.02.2023	FAY01.1	H	0h46
	FAY01.2	H	0h37
17.02.2023	BOU 04	H	0h47

La difficulté la plus importante rencontrée lors de l'enquête de terrain a été la diversification de notre population d'étude, en termes d'âge (génération) et de genre. En effet, les deux focus groups menés ainsi que les entretiens individuels l'ont été avec des femmes d'âge moyen, ce qui peut aussi expliquer en partie la teneur de nos résultats, développés plus loin. Néanmoins, lors des analyses de nos entretiens, des questions relatives aux jeunes du quartier apparaissent, notamment par rapport à leur usage de l'espace public du quartier, un rapport plus critique aux mesures gouvernementales et à la vaccination et par rapport à une plus grande dépendance aux associations du quartier pour l'accès à certaines ressources nécessaires lors des confinements, comme le matériel numérique. Nous n'avons cependant pas été en mesure d'atteindre cette population, en raison d'un arrêt maladie de longue durée de la médiatrice en santé du quartier, qui a constitué notre principale entrée auprès des habitant.e.s. Nous nous sommes heurtées à la même difficulté concernant la dimension genrée de nos entretiens, n'ayant pas pu conduire d'entretiens avec des hommes, ainsi qu'avec les représentants des forces de l'ordre œuvrant sur notre terrain durant la pandémie.

Ces dimensions ambitieuses qui n'ont pu être traitées durant le temps court de la recherche, mériteraient de faire l'objet d'un ou de projets plus longs, permettant de tisser d'autres liens de confiance avec ces acteurs.

Un quartier de grands ensembles et son cumul de vulnérabilités

Le mode de gouvernement d'exception (Champeil-Desplats, 2020 ; Fassin et al., 2020) construit notamment sur l'entrée en vigueur de l'état d'urgence sanitaire et de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 pour répondre à l'épidémie de Covid-19, permet la mise en place de mesures exceptionnelles, en évitant la voie parlementaire. Donnant le primat aux enjeux sanitaires, il permet des limitations sans précédent à l'exercice des droits et des libertés (Leterre, 2021). Ces mesures, par ailleurs, ont été renforcées par une activité accrue des forces de l'ordre pendant la crise sanitaire. Mais si la « raison sanitaire » s'est articulée à la « raison policière » et que la violence « légitime » de la police s'est doublée d'une « légitimité sanitaire » dont témoignent les chiffres des contraventions⁶ délivrées pendant la période, cette raison « sanitario-policière » s'est déployée de manière différentielle sur le territoire national (Dantan et al, 2020).

Les quartiers populaires ont été la cible d'un traitement médiatique et politique les désignant comme ceux où les personnes respectaient le moins les mesures sanitaires et de restrictions de mobilités, de distanciation physique et des restrictions horaires (couvre-feu). Seulement deux jours après le début du confinement, les médias annonçaient que le département de la Seine-Saint-Denis comptabilisait 10 % des procès-verbaux pour non-respect du confinement. Ces discours ont ainsi participé à la transformation de la « guerre » au coronavirus « en guerre aux pauvres » (Noûs, 2020). A rebours de ces représentations, les entretiens menés dans le cadre du projet EPIDEMIC montrent que, dans cette même période, ce sont des habitant·e·s de quartiers populaires qui rapportent le plus systématiquement se conformer assez strictement à ces règles, tout en témoignant aussi plus fréquemment d'avoir été « contrôlé·e·s » pendant le confinement que les individus relevant d'autres zones de résidence. De fait, les chiffres des contraventions nous parlent moins du nombre et des types d'infractions commises par les habitant·e·s des « cités » que des logiques de l'activité policière, en temps « normal » dans ces quartiers (Fassin, 2011) et en temps de crise. Plusieurs auteur·ice·s montrent comment cette activité est différentielle selon les territoires (Mucchielli, 2020), le quartier populaire devenant ainsi l'archétype de l'espace « à policer » (Bony, Froment-Meurice et Lecoquierre, 2021). La crise sanitaire aurait, dans ce sens, aggravé la dégradation des relations entre habitant·e·s et agent·e·s du maintien de l'ordre. Autrement dit, les mesures de restriction des libertés annoncées par le gouvernement comme étant des mesures « universelles » se sont concrétisées et singularisées dans des rapports sociaux existants, lesquels pouvaient être déjà conflictuels, comme c'est le cas des habitant·e·s des quartiers populaires et des forces de l'ordre (Rigouste, 2012).

Figure 2. Carte des quartiers prioritaires de la ville de Toulouse (QPV), emplacement du Grand Mirail.

⁶ 20,7 millions de contrôles et 1,1 million de contraventions entre le 17 mars et le 11 mai 2020, période du premier confinement imposé par le gouvernement.



Devenue une catégorie de l'action publique au tournant des années 2000, la notion de « territoire » travaille autant la mise en œuvre des politiques de sécurité (Jardin et al., 2021) que des politiques de santé (Mariette, 2017). Enquêter à l'échelle d'un « territoire » de la ville permet également d'étudier au plus près la manière dont des politiques sanitaires nationales rencontrent des dynamiques locales qui existent au préalable, par exemple des initiatives locales visant à améliorer la couverture vaccinale de certaines catégories de population. L'action dans ces territoires de médiateur-ice-s en santé-pair-es, par exemple, (Demailly, 2014 ; Gross, 2020) peut se traduire par de nouvelles formes de régulation et de co-construction normative, souvent basées sur l'horizontalité de relations entre pairs et l'interconnaissance communautaire (Faya Robles, 2013). Ainsi, il s'agit de comprendre comment des acteur-ice-s de proximité, souvent engagé-e-s et militant-e-s, participent à la justification, l'appropriation ou l'ajustement aux pratiques et aux transformations prescrites par ces nouvelles mesures et contraintes.

Dans le cadre de notre recherche, il s'est agi, à partir d'une étude de cas, d'approfondir les dimensions imbriquées nécessaires à la compréhension de la variété des formes d'acceptation des restrictions des libertés (Marlière, 2019) et d'appropriations des normes sanitaires. Ces dimensions sont multiples : les conditions de vie matérielles (professionnelles, familiales, économiques et résidentielles), les rapports de domination vécus par les personnes selon leurs positions et caractéristiques sociales, la dimension symbolique et les rapports aux normes de santé, à l'autorité médicale et aux forces de l'ordre. Ainsi, la caractérisation des logiques à l'œuvre dans la définition de postures normatives suppose de sortir d'une vision individualiste et abstraite du rapport aux normes (Sintez, op.cit.), en prenant en compte la dimension interactionnelle et sociale de la construction normative.

Figure 3. Le quartier du Grand Mirail : quelques chiffres clés

Le Grand Mirail est le plus grand Quartier Prioritaire de la commune de Toulouse, qui s'étend sur 294 ha de surface. En 2018, il compte 32 291 habitants dont la répartition par sexe est la suivante : 48,9% d'hommes et 51,1% de femmes. Il s'agit d'un quartier relativement « jeune » avec 40,1% de la population qui a moins de 25 ans (commune de Toulouse 35,7%) et un indice de Jeunesse de 1,8 (-20 ans/60 ans et +) alors que l'indice de la commune de Toulouse est de 1,3. Cependant, le quartier suit un processus de vieillissement similaire à l'ensemble de la ville (17,9% de plus de 60 ans alors que la commune de Toulouse en compte 17%). Le quartier du Grand Mirail compte beaucoup plus de personnes étrangères (26,6%) que la ville de Toulouse (11%), et beaucoup de femmes étrangères parmi les femmes 26,4% (Tlse 10,7%).

Concernant les ménages, le quartier peut être qualifié de « familial » avec seulement 36% de ménages d'une personne, notamment à Bellefontaine et la Reynerie (contre 52,8% dans la ville e Toulouse). Ces derniers sont majoritairement constitués de femmes seules (56%), surtout à Mirail-Université (70%). La part de ménages avec famille(s) est de 62% pour l'ensemble du quartier, particulièrement à Bellefontaine (68%), alors que pour Toulouse cette part est de 42%. Nous trouvons beaucoup moins de couples sans enfants (26%) que pour l'ensemble de la ville (44%) et beaucoup plus de ménages de 6 personnes et plus : 6,1% contre 1% à Toulouse. Concernant la personne de « référence » du ménage, 59% sont actifs (66% à Toulouse), 21% retraités et 20% inactifs⁷.

Logement

Les logements prédominants dans le quartier sont des appartements (94,2% alors qu'ils sont 81,9% pour la commune) et seulement 5,3% de maisons. La part de locataires est beaucoup plus importante au Grand Mirail (82%) en comparaison de l'ensemble de la commune (65%). La part de propriétaires est de 17% contre 32,6% à Toulouse. De même, la part des logements sociaux est beaucoup plus grande dans le quartier (68,6%) que dans la commune (16,3%), notamment de type collectif (98,8%).

Ces appartements sont assez spacieux par rapport au parc de logements existant dans l'ensemble de la commune. Ainsi, seulement 3,9% des logements n'ont qu'une seule pièce (16,6% à Tlse), 32% des logements ont 4 pièces (18,2% à Toulouse) et 16,6% en ont 5 et plus (14% à Toulouse). Cependant, le parc immobilier du quartier semble avoir une plus grande vétusté par rapport à l'ensemble de la commune. Ainsi, 50% des logements ont été achevés entre 1946 et 1970 (contre 23% dans Tlse) ; 4,3% entre 1991 et 2005 et seulement 5,2% entre 2006 et 2014 (21,9% et 12% respectivement dans la commune).

Le nombre de personnes par résidence principale est plus important dans le quartier avec 2,5 personnes par résidence qu'à Toulouse (1,8 p). Et deux fois plus de logements sont sur-occupés dans le quartier (12,6%) par rapport à Toulouse (6%)⁸.

La question des difficultés de vie domestique lors du confinement, en comparaison avec d'autres espaces, n'est pas liée au « mal logement », mais bien plutôt à une suroccupation et un manque d'équipement (notamment informatique, numérique).

⁷ Source : Insee, Recensement de la Population 2017

⁸ Sources : Insee, Recensement de la Population 2017 et SDES, Répertoire du parc locatif social 2017

Éducation

Le Grand Mirail dispose de 18 écoles maternelles, 15 élémentaires (situées dans le quartier ou à moins de 100 mètres du quartier) et 5 collèges (situés dans le quartier ou à moins de 300 mètres). 4804 écoliers sont scolarisés dans une école du premier degré située dans le Grand Mirail. Parmi ces élèves, 2025 fréquentent une école maternelle. 2298 élèves sont scolarisés dans une formation au collège (hors SEGPA, ULIS, EPE2A et préparatoire formations professionnelles), dont 59,4% appartiennent à un milieu social « défavorisé » alors que dans la commune de Toulouse les élèves de ce milieu social ne sont que 29%. Les taux de retard au collège sont aussi extrêmement révélateurs des difficultés scolaires dans le quartier. Alors qu'en 6^{ème} le retard scolaire au Grand Mirail est de 11,4%, dans la commune de Toulouse il n'est que de 7%. Mais c'est surtout en 3^{ème} que cet écart est plus grand, avec un retard scolaire de 20,4% au Grand Mirail et de 11,6% dans la ville de Toulouse. Deux ans après la troisième, les élèves du Grand Mirail sont 27,5% à suivre une 1^{ère} générale (56,7% dans la commune de Tlse), 26% à suivre une 1^{ère} technologique (15,5% à Toulouse) et 31% à suivre une première professionnelle (16% à Toulouse). Le taux de scolarisation et de chômage des jeunes entre 16 et 25 ans est également alarmant Parmi les jeunes (16-25) résidant dans le GM 30,7% sont non scolarisés et sans emploi (contre 10% pour l'ensemble de la commune)⁹.

Revenus/Travail

Le taux d'emploi dans le Grand Mirail des 15-64 ans est de 38,3% (alors que celui de la ville de Toulouse est de 59,2%). Avec un taux encore moins important pour les femmes du quartier de 32,6% (Toulouse 55,5%). La part des emplois à durée limitée est plus grande dans le quartier (24%) qu'à Toulouse (18,1%).

Selon les quartiers de démocratie locale, la part des « cadres » varie de 2,6% au Mirail à 23% dans le centre de la commune. À l'opposé, la part des bénéficiaires du RSA varie de 36,6% au Mirail à 9,1% aux Amidonniers-Caffarelli (quartier central).

Il s'agit d'un quartier populaire parce qu'« ouvrier », avec une part de 35% d'« ouvriers » parmi la population active et de 30% d'employés, alors que pour Toulouse cette part est de 13% pour les premiers et 24% pour les seconds. Néanmoins, les évolutions entre 2012 et 2017 montrent une certaine « gentrification » du quartier, avec +8% des cadres/prof. Intellectuelles, notamment à Bellefontaine (avec un +57% de cadres/p.i et - 4% d'ouvriers), alors qu'à la Reynerie, on trouve +15% de professions et moins de cadres (-11%), d'employés (-34%) et d'ouvriers (-24%)

Le taux de chômage dans le quartier était de 35% en 2017, alors que celui de la ville était de 17% chez sa population active. 25% des salariés ont un emploi précaire.

La part des ménages imposés dans le quartier est très bas (18%) par rapport à l'ensemble de la commune (52,4%)¹⁰. Il présente des taux de bas revenus plus conséquents (70,2%) que la ville (28,8%). Au-delà des revenus mensuels et annuels (7976€ revenu médian) fortement plus bas que la moyenne urbaine, le quartier présente un taux de pauvreté très élevé (de 48,8%) par rapport à l'ensemble de la commune de Toulouse (19,6%).

Prestations sociales

C'est aussi la structure des revenus qui est très différenciée entre le quartier et la ville. Au Mirail les revenus sont structurés notamment par une moins faible contribution (53,3%) des revenus d'activités (incluant les indemnités chômeurs) que dans l'ensemble de la ville (81,4%)

⁹ Source : Ministère de l'Éducation Nationale, Depp 2019-2020

¹⁰ Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2017

alors qu'il a une part très importante de prestations sociales, dont les minima sociaux, prestations logements et familiales (30%), par rapport à Toulouse (7,4%)¹¹.

En 2019, la part d'inscrits au Pôle Emploi dans le quartier et bénéficiaires RMI/RSA était de 31%, alors que dans la ville de Toulouse cette part est de 21%¹². Le nombre de foyers recevant au moins une prestation de la CAF en 2019 était de 11 668, parmi lesquels (et par rapport à la ville de Toulouse), nous trouvons beaucoup de familles monoparentales (15% contre 10% dans la commune de Toulouse) mais surtout des couples avec 3 enfants et + (13% contre 4,3 % à Toulouse.)¹³

La santé au quartier.

Il faut tout d'abord signaler l'existence d'un cumul des situations de défavorisation sociale avec un environnement caractérisé par un fort taux de pollution atmosphérique, notamment les zones à proximité des rocades, plus exposées à une pollution atmosphérique chronique. Au Grand Mirail (Mirail-Reynerie-Bellefontaine), la part des bénéficiaires de la CMU-C, personnes en situation de précarité financière qui peuvent avoir des difficultés d'accès à la santé, dépasse 20%. Plus d'un habitant sur trois est bénéficiaire de la CMU-C.

¹¹ Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2017

¹² Source : Pôle Emploi-Dares, STMT, 2019

¹³ Source : Cnaf, Fichiers des allocataires des CAF au 31/12/2019

Les résultats de la recherche

Dans cette partie du rapport, nous allons rendre compte de nos analyses thématiques, à l'appui des résultats de notre travail de terrain, des entretiens avec les habitant-es et avec les professionnel-le-s de proximité du quartier. Nous mobilisons également des données issues de recherches antérieures. Nous proposons d'explorer plusieurs dimensions dégagées des expériences des habitant-es afin de comprendre les logiques d'acceptation et d'appropriation des normes sanitaires. Cependant, et quand cela est pertinent, nous articulons ces résultats (micro) avec les analyses juridiques et éthiques, se plaçant dans un niveau macro des logiques d'acceptabilité et acceptation par le « haut ».

L'état d'urgence sanitaire a été instauré par la loi du 23 mars 2020¹⁴. C'est un régime d'exception dotant l'exécutif de pouvoirs dérogatoires du droit commun lui donnant la possibilité de restreindre les libertés individuelles pour :

1° Réglementer ou interdire la circulation des personnes et des véhicules et réglementer l'accès aux moyens de transport et les conditions de leur usage ;

2° Interdire aux personnes de sortir de leur domicile [...] ;

3° Ordonner des mesures ayant pour objet la mise en quarantaine

[...];

4° Ordonner des mesures de placement et de maintien en isolement

[...];

5° Ordonner la fermeture provisoire et réglementer l'ouverture, y compris les conditions d'accès et de présence, d'une ou plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion

[...];

6° Limiter ou interdire les rassemblements sur la voie publique ou dans un lieu ouvert au public ainsi que les réunions de toute nature [...] ;

7° Ordonner la réquisition de toute personne et de tous biens et services nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire [...]

10° En tant que de besoin, prendre par décret toute autre mesure réglementaire limitant la liberté d'entreprendre [...] » (art. L 3131-15 du Code de la santé publique).

Ce transfert de compétences et la possibilité pour l'exécutif (en l'occurrence le Premier ministre) de prendre des mesures par décret dans les domaines spécifiés par la loi de 2020 a

¹⁴ Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19

ainsi permis de restreindre la liberté d'aller et de venir, la liberté d'entreprendre et la liberté de réunion. La mise en œuvre de ces mesures restrictives de libertés a également pu être déclinée au niveau local par l'intermédiaire des Préfets, représentants de l'État à l'échelle locale, n'allant pas jusqu'à élargir le pouvoir de décision aux collectivités locales qui ne disposent que de compétences restreintes en matière de santé publique (Renaudie, 2020). Ce transfert de compétences vers l'exécutif a pu être source de tensions en matière d'acceptabilité du fait d'une centralisation du pouvoir de décision et du risque perçu d'un possible autoritarisme dans la prise de décision. Toutefois l'appropriation de la norme et son acceptabilité vont bien au-delà de l'institution qui l'adopte et doit prendre en compte des dimensions relationnelles et temporelles.

Nous distinguons, d'abord, une dimension relationnelle qui questionne le « social » de l'acceptabilité et se déploie tant au niveau des rapports sociaux (de classe, de genre, de race) qu'au niveau interactionnel (rencontres entre les acteurs-trices). À partir du travail de terrain et des entretiens, on observe que ces formes relationnelles concernent d'une part, la manière dont les personnes justifient leurs modes d'acceptation des mesures sanitaires (« solidarité épidémique » ; risques incarnés par des personnes concrètes de l'entourage ; rôle parental) et, d'autre part, la régulation des relations dans les formes de comportement et d'appropriation des mesures (la plus coercitive étant la présence policière dans le quartier ; rôle des associations et des professionnel-les de santé ; dispositif de médiation-covid, mais aussi relations entre « proches »).

Ensuite, nous revenons sur une relation temporelle de l'appropriation des mesures qui questionne la notion d'acceptabilité au regard de l'incertitude temporelle de la « crise », comprise ici comme un évènement de rupture (avec un « avant » et un « après »). À l'appui des entretiens réalisés, nous identifions ainsi des formes d'historicisation de ces mesures (par exemple, la distance physique ou le fait de ne pas s'embrasser, qui semblent perdurer), des formes de synchronisation entre temps sociaux (le temps est alors une variable d'ajustement qui permet d'appliquer les consignes en les adaptant à un rythme de vie propre, par exemple lors du confinement), et des formes d'inscription biographiques d'apprentissage des normes (qui reposent sur l'expérience personnelle et qui peuvent aussi permettre des formes de conformité « tactique » à la norme). Ainsi, la dimension processuelle de l'acceptabilité met en lumière la nécessaire articulation entre la temporalité des mesures sanitaires (temporalité normative) avec les temporalités sociales.

Nous avons aussi identifié une dimension corporelle de l'appropriation des mesures entendue comme un processus d'apprentissage aux normes sanitaires (se rappeler de prendre un masque avant de sortir, apprendre à tousser dans son coude, respecter le sens de circulation dans les commerces...), mais aussi nécessairement situationnelle et contextuelle, variant selon les espaces sociaux, les temporalités sanitaires et les vicissitudes des interactions sociales.

Enfin, nous revenons sur l'articulation de ces trois dimensions (relationnelle, temporelle, corporelle), à partir d'une approche par la « justification » (Boltanski, 1991) nous permettant de recouper certains aspects de ces dimensions, en démontrant aussi leur caractère dynamique et nous permettant un dialogue plus heuristique entre nos données sociologiques et juridiques afin de rendre compte de la complexité du rapport à la norme.

1. Dimension relationnelle de l'appropriation des mesures sanitaires¹⁵

Les relations ont été très visibilisées lors de la pandémie de covid-19. En effet, les discours sur la qualité du « lien social » en temps de confinement, de distanciation physique ou d'interdiction de rassemblement, ont occupé les sphères médiatiques, littéraires mais aussi scientifiques. Dans ce genre de propos, l'évolution de la pandémie mais notamment la gestion de celle-ci par les pouvoirs publics, devenait une sorte d'évènement broyant les relations sociales. Le recours au « lien social » pouvait ainsi soutenir des discours critiques envers les mesures imposées par le gouvernement. Toutefois cette inflation des discours sur les relations sociales pendant la pandémie, a pris d'autres formes. Dans le champ scientifique et expert ont aussi émergé des discours mettant l'accent sur la « dangerosité des relations ». Ici, il ne s'agissait plus de les sauver (garder le « lien social »), mais de les contenir, de les limiter. Ce sont notamment les études en épidémiologie basées sur des modélisation des interactions sociales, ou les études des réseaux (Li Vigni, 2021), qui ont mis en lumière l'impact des interactions dans la propagation du virus (prolongées politiquement par la prise des mesures de « distanciation sociale »). Nous proposons ici, une vision décentrée des relations sociales en temps de pandémie. Il s'agit pour nous de montrer ici l'implication des « relations » dans des formes d'appropriation de mesures sanitaires et donc pouvant participer à la lutte contre la pandémie de covid-19.

Cette dimension relationnelle nous permet, en effet, de rendre compte du caractère processuel de l'acceptation et des appropriations différentielles des normes. Elle apparaît ainsi comme une dimension importante dans l'analyse des processus d'acceptabilité/acceptation, et qui, pourtant n'a pas été relevé dans la littérature consacrée à ces questions. Ainsi dans ce chapitre, nous mettons en lumière la place opérante des relations dans la réception et l'appropriation des mesures sanitaires et de sa nécessaire mise en lumière dans les travaux sur l'acceptabilité.

Lors de notre travail de terrain, nous n'avons pas rencontré de « collectifs » ou mouvements organisés pour ou contre telle mesure, mais nous n'avons pas rencontré non plus des individus isolés, rationnels, prenant des décisions et agissant de manière stratégique. Nous observons plutôt la présence de formes diverses de médiation aux mesures se traduisant par des attitudes et des comportements particuliers. La dimension relationnelle apparaît ainsi nécessaire à la compréhension de la variété des formes d'adhésion aux mesures sanitaires et de restrictions des libertés (Marlière, 2019), et elle est aussi une porte d'entrée intéressante pour dépasser une vision simpliste du social, caractéristique des études sur l'acceptabilité (Gendron, 2013). L'échelle d'analyse réduite nous permet ainsi d'analyser cette thématique peu étudiée dans les travaux sur l'acceptabilité et d'essayer de répondre au double enjeu

¹⁵ Cette sous-partie reprend en grande mesure le texte Faya Robles, A ; Boulaghaf, L. ; Lendaro, A. ; Rial-Sebbag, E., Soulier, A. 2023. "L'acceptabilité sociale en temps d'exception", in Alcantara, C. ; Charest, F. Lavigne A, Saglietto L. *L'acceptabilité sociale : enjeu de société et controverses scientifiques*. Paris : Presses de MINES : 145-158.

épistémologique (Batellier, 2015 :43) qui se pose dans la littérature sur l'acceptabilité sociale : *qu'est donc « le social » de l'acceptabilité et comment s'exprime-t-il ?*

Nous proposons ici une approche particulière du « social ». Il s'agit tout d'abord de se distancier des approches qui font du social une dimension explicative périphérique des pratiques et positions des individus (Darmon, 2005), pour observer précisément le « social » dans ces pratiques et positions. Ensuite, si l'acceptabilité sociale n'est pas réductible à l'addition des pratiques, attitudes et intérêts individuels, nous ne pouvons pas non plus réduire ces pratiques individuelles à des forces sociales extérieures surplombantes (croyances, conditions de vie, positions sociales, etc.). Somme toute, contre une approche substantialiste, il faut saisir les actions et représentations des acteurs-rices comme étant insérées dans des configurations particulières de relations.

« Le social » de l'acceptabilité est donc saisi à partir de sa *dimension relationnelle* qui se déploie sur deux niveaux : premièrement, en tant que relations cristallisées dans des rapports sociaux (de classe, de genre, de race) qui structurent à leur tour des formes d'interactions, ensuite dans sa dimension interactionnelle proprement dite, faite de rencontres situées et concrètes entre les acteurs-rices, et qui façonnent à leur tour les rapports sociaux autant qu'elles en sont façonnées. Ces deux niveaux, agissant de manière articulée, permettent d'observer autant des phénomènes de reproduction des rapports que des formes dynamiques pouvant produire des changements. Ce caractère dynamique et relationnel des processus permet de sortir non seulement d'une vision simpliste du « social » mais aussi de l'« individu », catégorie qui est aussi très souvent pensée de manière substantielle comme une entité rationnelle et autonome dans les travaux sur l'acceptabilité (Gendron, 2013). Or, comme le dit Norbert Elias : *« la structure et la forme du comportement d'un individu dépendent de la structure de ses relations avec les autres individus »* (Elias 1991 :104). C'est ce que *« peut (apporter) la sociologie »* (Lahire, 2017) afin de sortir de visions trop abstraites et fixées du « social » et de l'« individu », par l'éclairage de ces dimensions processuelles et relationnelles à l'œuvre dans l'acceptabilité.

Ces formes relationnelles d'acceptation et appropriation des mesures sanitaires se déploient sur deux niveaux. La dimension relationnelle apparaît, d'abord, comme modalité particulière des justifications liées aux mesures sanitaires, autant dans un niveau macro et *top down*, comme des formes argumentatives visant l'acceptation des mesures, que à un niveau micro, dans les justifications que donnent les habitant·e·s du quartier de leurs formes d'acceptation, de transgression et de réadaptation des mesures sanitaires.

Cependant les « relations » apparaissent dans notre travail d'enquête, non seulement comme des éléments discursifs et argumentatifs permettant des positions normatives vis-à-vis des mesures sanitaires, les relations fonctionnent aussi comme des vecteurs concrets dans la régulation quotidienne des comportements et pratiques en santé et dans la mise en pratique des gestes et comportements préventifs.

Ces deux niveaux sont souvent imbriqués sans entretenir cependant des rapports univoques de causalité, ce qui signifie que la mobilisation de certains types de justification ne se concrétise pas nécessairement par des pratiques particulières.

1.1. Des justifications par les relations

Il s'agit ici de sortir de visions trop déterministes et unidirectionnelles entre les représentations des personnes et leurs actes en s'intéressant aux formes d'évaluation et de processus argumentatifs mises en œuvre face aux mesures sanitaires et dans la texture des interactions sociales. Ces arguments sont des outils conventionnels qui servent de base aux pratiques et régimes d'action (Boltanski, 1990) mais ceux-ci semblent relativement modulables suivant les situations et les actions. Ainsi, lors de notre enquête, les « relations », qu'elles soient concrètes, proches et domestiques, ou abstraites, éloignées ou publiques, sont mobilisées comme des ressources argumentatives relatives aux attitudes d'acceptation ou de refus et des pratiques diverses liées aux mesures sanitaires.

1.1.a. De la solidarité épidémique aux relations risquées.

Une justification de formes d'adhésion ou de refus récurrente autant dans les discours officiels d'acteurs institutionnels et professionnels mais aussi chez les habitant·e·s du quartier relève de ce que l'on pourrait nommer de « solidarité épidémique » et qui semble une modalité traversant largement les divers groupes sociaux.

Cet appel à la solidarité en est d'ailleurs le premier point souligné par la contribution du CCNE du 13 mars 2020 « Covid-19 ; Contribution Du Comité Consultatif National d'Éthique : Enjeux éthiques face à une pandémie », suite à la sollicitation du ministre en charge des Solidarités et de la Santé afin de recueillir son avis « *concernant les enjeux éthiques liés à la prise en charge des patients atteints de COVID-19 et aux mesures de santé publique contraignantes qui pourraient être prises dans le cadre de la lutte contre l'épidémie.* » (CCNE, 2020 : 2). Le CCNE rappelait ainsi que le questionnement éthique « amène souvent à confronter principe d'autonomie et exigence de solidarité » ; et il soulignait aussi que ces deux concepts ne sont pas exclusifs : « *être autonome, c'est être libre avec les autres et non pas contre eux ; inversement, la solidarité consiste à permettre au plus grand nombre de personnes d'exercer leur autonomie* ».

Cet appel à la solidarité comme forme argumentative d'adhésion aux mesures sanitaires est clairement exposé dans cette contribution du CCNE, où les comportements issus d'une autonomie « *mal comprise qui se traduirait par un refus de soin [de la part du patient], dont l'effet serait de favoriser la propagation de la maladie, serait difficilement acceptable par la société. Elle devrait s'effacer au nom de la solidarité* ». Ainsi, l'autonomie est ici vue comme devant être balancée au regard du principe de solidarité ainsi qu'aux décisions sanitaires et à la situation contraignante. Le CCNE nous rappelle que pour atteindre un cadre de restriction acceptable dans le cas de crise sanitaire les pouvoirs publics sont amenés à respecter « *l'équilibre entre libertés fondamentales et maintien de l'ordre public* » et qu'il est important pour « *les décideurs de garder en permanence à l'esprit le devoir fondamental d'expliquer et de rendre intelligibles les décisions contraignantes d'urgence en santé publique, dans la mesure où cela conditionnera leur acceptabilité (...). Il est essentiel de rappeler qu'une décision affectant une restriction individuelle de liberté a pour objectif premier de protéger l'ensemble de la population dans une démarche de solidarité* ». Cette posture d'arbitrage, qui doit également reposer sur l'état de l'art scientifique, aurait dû, pu conduire à déployer des formes

de territorialisation des mesures plus en adéquation avec les situations locales notamment au regard du principe de solidarité, cette orientation n'a pas été celle retenue puisque les seules mesures situées territorialement ont conduit à renforcer les pouvoirs de police de l'administration et non à plus de liberté (Boulestreau *et al.* 2023).

Cependant, et suivant la valeur phare de la santé publique (Massé, 2003), la solidarité se définit dans un double sens entre individu et société. Elle renvoie, d'une part, à la responsabilité des individus envers la collectivité, mais aussi de la solidarité de la collectivité envers les individus, notamment ceux issus des groupes vulnérables, défavorisés et/ou marginalisés. C'est ainsi que les recommandations, dès mars 2020, données par le CCNE déclaraient que cette démarche de responsabilité et de solidarité face à la pandémie nécessitait aussi la mise en place d'instances décisionnelles et consultatives où « *l'avis des différentes catégories de la population française, notamment les plus précaires, constituerait une démarche inédite dans notre démocratie* ». Ainsi, cette forme de justification des mesures contraignantes par « la solidarité, ne se suffit pas d'elle-même et elle devait être cadrée par des dispositifs décisionnels et consultatifs permettant la légitimation des mesures, tel que souhaité par le CCNE. Or, tel qu'on l'a vu ci-dessus, les modalités de gestion de la pandémie en France ont cependant été marquées par une distanciation au modèle de démocratie sanitaire, de promotion de la santé et de participation citoyenne.

Ces formes de justification par « la solidarité » se retrouvent aussi mobilisées par « le bas », et nous la retrouvons dans les propos des habitant·e·s du quartier. La dimension relationnelle est aussi livrée sous sa forme abstraite et généralisée autour de l'argument de la solidarité envers ceux-celles, « Autres », qui étaient considéré·e·s « à risque », les « personnes âgées », les malades, etc. qu'il s'agit de protéger en respectant les mesures sanitaires : « *(..) une sorte de rapprochement et de solidarité s'est mise en place, où personne (...) personne ne s'est vu, on a fait attention, mais on était régulièrement au moins au téléphone ou on demandait à l'un ou à l'autre s'il avait des nouvelles ou comment ça se passait... Plus, par contre, une inquiétude. Une grande inquiétude qui s'est installée, par rapport à ça, dans nos relations, où on se demande comment chacun va* » (Femme, 30 ans, auto-entrepreneuse, perçoit ARE, mariée, un enfant en maternelle). Au nom de cette forme de solidarité, les comportements adoptés lors des mesures s'étendent parfois au-delà de la contrainte légale. Ainsi, un homme du quartier nous dit que suite au déconfinement, il a maintenu certaines mesures de distance physique auprès de ses parents : « *Après le confinement, j'y allais un peu moins parce que bon, mes parents ils sont âgés, la petite elle (sa fille) avait que deux ans. Tu sais c'est vite arrivé, t'es contaminé, tu contamines. Tu contamines à la maison, chez tes parents, c'est... enfin moi personnellement je voulais pas prendre de risques pour la petite et pas en prendre pour mes parents quoi* » (Homme, 49 ans, au chômage, séparé, deux enfants qui habitent avec leurs mères).

Cependant, quand elle est mobilisée par le « bas » cette forme de justification par la « solidarité » semble être plus flexible et adaptative permettant diverses positions normatives, et non pas seulement celle d'adhésion aux mesures sanitaires. Elle peut justifier aussi bien l'acceptation et les conduites obéissantes que les refus et les pratiques de transgression des normes. Ainsi, ce recours au principe de solidarité peut être également mobilisé pour justifier le refus de mesures sanitaires nuisibles au lien social : « *Je me dis 'mais on est devenus des pestiférés, en fait'. On s'évite entre nous...* » (Femme, focus-group...).

De même, dans les discours des habitant·e·s du quartier, ce recours à la solidarité se fait moins de manière abstraite que de manière toujours impliquée, dans les risques sanitaires concrets des personnes proches et de l'entourage. C'est cette « solidarité incarnée » qui est mobilisée dans les propos des personnes au moment de justifier leurs comportements. Si la protection des parents âgés, et considérés à risque, revient souvent dans la justification d'adhésion aux normes, elles peuvent aussi jouer dans le sens des transgressions, même si très réduites chez nos interviewé·e·s. Par exemple, une femme nous explique qu'à la sortie du confinement, alors qu'il y avait encore des restrictions de regroupement dans des lieux fermés elle s'est retrouvée à fêter l'Aïd, par sollicitation des personnes âgées de la famille. Les femmes reviennent souvent sur le ton de l'obligation de ces moments rituels relationnels. Une autre femme dit : « *l'Aïd, c'est la fête* »... « *Ouais, mais moi, ils sont venus chez moi, la famille de loin...* ».

Ces modalités de justification se fait souvent en invoquant les relations intrafamiliales verticales, envers les aînées, mais aussi et plus souvent, les relations parentales. D'abord, le rôle parental peut être évoqué pour justifier des formes d'adhésion forte au confinement lorsqu'il est lié à la peur du risque de contagion, qui est moins autoréférencé individuellement que conçu comme un risque « relationnel ». De manière extrême, chez une des femmes interviewées il se traduit par une peur de la mort comme empêchement pour accomplir son rôle parental : « *La mort, tu sais... dieu nous a fait pour vivre, mais il peut nous reprendre quand il veut. Ça, c'est clair. Mais j'ai un enfant, je veux pas prendre le risque. Je le laisse tout seul. J'ai personne ici, son papa est décédé* » (Femme, 59 ans, veuve, pension invalidité, comorbidités, habite avec son fils de 19 ans).

Cependant, le rôle parental est fréquemment évoqué lors des entretiens comme justification des « petits écarts » aux normes de confinement. Couramment, c'est le « bien-être » des enfants qui est mis en avant pour justifier les sorties, pour qu'ils « *prennent l'air* ». Le confinement « *ça nous a un peu empêchés de sortir, parce qu'on était un peu en flippe. On ne savait pas si on allait se prendre une amende ou pas si on sortait, si on... Pas pour aller voir des gens hein, juste pour prendre l'air. Mais on était un peu – voilà – en flippe quand on voyait tout ce qui se passait dans le quartier quoi* ». (Femme, 30 ans, auto-entrepreneuse, perçoit ARE, marié, un enfant en maternelle). Ou pour aller acheter des aliments afin de conserver une alimentation diversifiée : « *j'étais sortie une fois, une semaine avant, pour aller chercher le poisson dans un centre (...). On n'avait pas mangé de poisson pendant plus de deux mois ! Et sans viande, sans poisson, ce n'est pas possible. C'est pas pour nous, c'est pour eux (enfants)* ». Une autre femme (51 ans, trois filles, salariée d'une association du quartier) insistait pour que ses filles enlèvent en cachette leur masque à l'école : « *Mais moi, je ne vous cache pas : j'encourageais mes enfants..."Tu es à l'école, tu es tout seul dans le couloir, baisse ton masque et respire de l'air frais* » ...*C'est malsain de respirer du CO2...Parce que ce masque chirurgical, on l'appelle bien chirurgical, c'est pour les gens qui travaillent dans un environnement qui est bien déterminé. Mais vous êtes à l'air pur, dehors, tout seul, pourquoi vous mettez un masque ?* »

A la contrainte du confinement et des mesures de protection s'ajoutent l'injonction et le souci d'accomplir des activités de loisir, des pratiques alimentaires et de bien-être qui assurent un style de vie sain aux enfants. C'est dans les arrangements entre ces différentes injonctions

sanitaires fortes que les femmes de milieu populaire – toujours plus présentes que les hommes dans la division du travail de santé (Cresson, 2001) – témoignent de leur « *bonne volonté sanitaire* » (Arborio, Lechien, 2019) et du « *rôle sanitaire* » (Faya Robles, 2013) joué à l'intérieur des familles. Cette dimension relationnelle nous permet ainsi de comprendre comment un comportement, qui à première vue peut sembler néfaste pour la santé, suit en réalité des logiques favorables pour d'autres dimensions de la santé.

C'est, par exemple, le cas de l'obésité chez les enfants de milieu populaire, qui est mis en avant dans les discours des femmes et où les formes de justification de sortie des enfants pendant le confinement dénotent de leur bonne volonté sanitaire. Ainsi, les mères qui ont été plus assidues dans l'accomplissement des mesures de confinement semblent le regretter : « *mes enfants ont galéré. Tout est fermé d'un seul coup ! On a tous pris du poids. Ma fille a pris cinq kilos* » (Femme, sans-papiers, 48 ans, deux enfants, femme de ménage). Ces préoccupations parentales font écho avec des discours des agences internationales comme l'OMS qui indique que la pandémie de covid-19 a entraîné des changements défavorables dans les habitudes de consommation alimentaire, ou des propos d'experts sur la prise de poids chez des enfants de moyenne section de maternelle dans le Val-de-Marne (Baranne et al. 2022), repris par un rapport de la commission d'affaires sociales du Sénat en 2022¹⁶.

En effet, ces modalités argumentatives entendues en milieu populaire, que cela soit par rapport au confinement, à l'usage des masques ou à la vaccination, et qui mettent en avant la santé et le bien-être des enfants sont en consonance avec des formes de justifications par « le haut » et traversant la sphère du droit en période pandémique. A titre d'exemple, la loi du 24 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le Code de la santé publique pour mettre en place le « passe vaccinal » a fait l'objet d'un contrôle constitutionnel. Saisi par 60 députés et 60 sénateurs, le Conseil constitutionnel a rendu une décision le 21 janvier 2022. Les députés et sénateurs requérants faisaient valoir que ces dispositions méconnaîtraient la liberté d'aller et venir, le droit au respect de la vie privée, le droit de mener une vie familiale normale ainsi que « l'intérêt supérieur de l'enfant ». Ils estimaient que l'instauration du « passe vaccinal » devait être regardée comme une obligation vaccinale qui ne serait ni nécessaire ni proportionnée. Ils soutenaient, en particulier, que l'application de ces dispositions aux mineurs de moins de seize ans ne serait pas justifiée dès lors que ces derniers ne développeraient que rarement des formes graves de la maladie. Cet argument n'a pas été retenu par le Conseil constitutionnel au motif que « le législateur a pu estimer, en l'état des connaissances scientifiques dont il disposait, que les mineurs de plus de seize ans sont, comme les majeurs, vecteurs de la diffusion du virus et prévoir en conséquence de leur appliquer l'obligation de présentation d'un « passe vaccinal » pour l'accès à certains lieux ». Ainsi l'argument est écarté non au regard de l'évaluation de l'intérêt supérieur de l'enfant d'aller et de venir mais au regard de la nécessaire protection de la santé de tous. C'est bien le risque et son évaluation scientifiques qui sont au cœur de la justification des mesures privatives de liberté et non, comme pour le CCNE, une évaluation *in concreto* de la situation des personnes dans leur environnement social.

¹⁶ « Surpoids et obésité, l'autre pandémie ». Rapport d'information n° 744 (2021-2022), déposé le 29 juin 2022 : <http://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-744-notice.html>

En effet, le CCNE s'est prononcé 4 fois à propos de la vaccination des enfants. Dans son 4^{ème} avis rendu après la saisine du ministère des Solidarités et de la Santé¹⁷, le CCNE rappelle son approche : « La ligne directrice dans cette réflexion éthique du CCNE a été dictée par le bénéfice individuel de l'enfant et, secondairement, le bénéfice collectif, à condition qu'il conduise également à un bénéfice pour l'enfant. Elle s'appuie tout d'abord sur les faits disponibles et sur les réflexions liées aux incertitudes de la situation actuelle ». Il insiste notamment sur la solidité des données de la science au moment où les différents avis ont été rendus et rappelle donc que la solidarité et la santé collective ne doivent pas prendre le pas sur l'intérêt de l'enfant. C'est ce dernier qui doit servir de fil conducteur pour assoir l'acceptabilité des mesures de vaccination notamment lorsque ces dernières sont déployées en population générale. Toutefois, cette acceptabilité n'est pas évoquée du côté de l'enfant (il s'agissait ici de traiter de la question éthique de la vaccination chez les 5-12 ans) mais du côté des parents. Le CCNE a donc rappelé des points de vigilance qui devraient être pris en considération pour éclairer la décision médicale de vacciner : des données de la science fiables et explicables, par les professionnels de santé, aux parents et l'affirmation de la liberté de choix relevant des actes de l'autorité parentale. Le CCNE met également en évidence les difficultés qui pourraient alors surgir en cas de désaccord entre les parents, avant de conclure que « la vaccination des enfants de 5 à 11 ans est éthiquement acceptable dans le contexte actuel, sous certaines conditions ».

1.1.b. Différenciation et respectabilité en milieu populaire

Toujours en lien avec les formes de justifications qui sont données par les relations, nous trouvons chez les personnes enquêtées des logiques de différenciation avec « les autres » lointains (par exemple, ceux-celles qui habitent dans le Nord du pays qui sont plus exposé-e-s au virus), ou les « autres » des milieux favorisés vivant au centre-ville, ou encore les « autres » proches socialement, mais desquel-le-s il faut se distinguer (notamment parce qu'ils-elles ne suivent pas les règles). Ces justifications qui passent par des logiques de différenciation permettent à leur tour des postures normatives (Sintez, 2020) ou des « *positionnements* » particuliers par rapport aux mesures sanitaires, comme le dit un interviewé.

Les logiques de comparaison avec d' « autres lointains » en termes géographiques créent des sentiments moraux alimentés par les médias et le spectacle à distance de la souffrance (Boltanski, 1993) qui produisent les conditions nécessaires à cette traduction en action, fût-elle verbale. Cette mise en comparaison, qui pourrait être une figure particulière de la justification par les relations permet aussi bien des postures d'adhésion aux mesures sanitaires que des formes de refus. En effet, les comparaisons avec par exemple le « Nord du pays » permet des formes d'éloignement du risque sanitaire et donc un relâchement par rapport aux mesures : « *Parce que j'y crois pas vraiment, donc du coup ça... en plus dans le sud, ils ont dit que ç'avait pas été trop touché* ». Mais ces mises en comparaison avec d'autres régions ou pays peut aussi se traduire dans des postures normatives d'approbation des

¹⁷ CCNE, Réponse au ministère des Solidarités et de la Santé sur les enjeux éthiques de la vaccination des enfants de 5 à 11ans contre la Covid-19, 16/12/2021, http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-02/ccne_-_vaccination_des_enfants_-_15.12.pdf

mesures sanitaires : « *C'était dur de voir les informations. A partir de 15h30, 17h, je me retrouve avec la télé, je regarde les informations, les larmes aux yeux. Et j'arrive pas à gérer tout ça, le stress, l'angoisse, de voir le monde... ici, au début, on n'a pas eu beaucoup de morts en France, c'était l'Italie. Ben franchement, malgré le fait que c'était l'Italie, j'avais les larmes aux yeux, je pleure. (Elle dit à son fils) : 'l., regarde les gens, et tu me dis que tu veux sortir ? Tu prends les risques pour moi, pour toi, fais attention !' ».*

Les postures normatives face aux mesures se construisent également par des logiques de différenciation entre un « nous » et un « eux » qui s'articule avec des rapports de classe territorialisés (entre le 'quartier' et le 'centre-ville'), que la pandémie de covid-19 vient réactualiser : « *Nous, on voyait plus les grands-parents, on faisait plus la bise, on faisait plus rien, alors pourquoi ils le faisaient entre amis ? Un ami, ça passe après la famille, normalement. Et eux, ils se faisaient la bise, ils faisaient leur sport, ils se disaient bonjour tout le temps et c'a rendu beaucoup de personnes malades. Et les gens oublient de le dire. On dit toujours que ce sont les pauvres qui ne respectent pas... si, les pauvres, on respecte ! Parce qu'on a pas les moyens de se soigner, des fois. On a pas les trucs ! Tandis que les riches, ils ont les moyens et c'est pour ça qu'ils se croyaient intouchables, ils ont fait n'importe quoi. Alors il faut rappeler aux riches que quand vous faites du sport, il faut bien se laver et pas serrer les mains parce que le virus continue, il y est encore » (...) « *tandis que dans les autres quartiers où il y a des gens aisés qui habitent, je trouve qu'on respecte pas trop la loi* ». (Homme, 34 ans, au chômage, vit avec ses grands-parents, père d'un enfant de 8 ans).*

La crise sanitaire actualise les questions posées par les travaux en sciences sociales sur le « déclin » du sentiment d'appartenance de classe en milieu populaire (Savage, 2000) et les processus de « désidentification de classe » (Skeggs, 2015). Les postures normatives à l'œuvre lors de la crise montrent, en effet, la persistance d'une forme de lecture du monde qui se construit par la polarisation d'un « eux/nous », certes plus complexe que celle de l'existence d'une « culture du pauvre », formulée par Richard Hoggart (1970), mais toujours opérante. Tel que le soulignent Pasquali et Schwartz (2016), il existe toujours un sentiment de défiance et d'antagonisme envers ceux d'en « haut » qui caractérise en grande partie les classes populaires en France. Malgré la persistance de cette polarisation, la crise sanitaire rend visible aussi la forte fragmentation sociale objective (entre les membres des classes populaires) et les différenciations normatives à l'œuvre au sein des milieux populaires.

Ainsi, les rapports aux mesures sanitaires des habitant·e·s se construisent également dans des formes de différenciation à l'intérieur du quartier lui-même, entre ceux·celles qui « respectent » et ceux·celles « qui ne respectent pas » : « *C'est surtout qu'après le premier confinement, il y a eu le Ramadan, donc tu sais t'avais toujours les petits commerces qui vendent un peu de tout en fin d'après-midi, donc les gens ils sont les uns sur les autres, ça crée des tensions, tu sais, j'sais je trouvais qu'il y en avait... j'sais pas je trouvais qu'il y avait des comportements inconscients quand même* ».

Anne-Marie Arborio et Marie-Hélène Lechien (2019) ont montré que la distance au savoir médical faisait l'objet d'un travail de démarcation des fractions stables des classes populaires vis-à-vis des fractions moins stables, démarcation qui passe par une distanciation morale et qui est réactualisée ici par rapport au respect des mesures sanitaires : « *Et moi, ce qui me faisait râler avant le confinement, et le ramadan : pique-niques. Alors moi, j'ai les boules parce*

qu'on me dit de rester là, je suis obligée de rester là. Mais eux, ils font leur vie, les enfants qui se baladent, le père qui vient jouer avec son fils au ballon. Des petits trucs qui m'énervaient. Je suis pas une balance, donc j'appelle pas les flics pour dire... ça me regardait pas. Mais ça me faisait râler, quand même ! Parce que je dis « plus eux n'écoutent pas, plus nous on va être confinés ». Le problème est là. Heureusement que ça s'est terminé parce que c'était râlant. On avait l'impression que les gens continuaient à vivre normalement alors que nous, on avait tellement peur... » (Femme 56 ans, 4 filles dont 3 à la maison, reconnue handicapée). En plus de ces démarcations entre fractions sociales, on observe des formes de différenciation générationnelles, qui fonctionnent aussi comme des réaffirmations de sa propre respectabilité : « On avait vraiment beaucoup de peine pour les personnes qu'on a vues par la fenêtre... des jeunes du quartier ne respectaient ni la distance ni rien du tout, pendant le vrai confinement. Même les enfants ont fait la remarque : 'maman, pourquoi'. Ça pose la question, mais... c'est ça, la vie ! Pas tout le monde ne respecte ». (Femme, 33 ans, mariée, trois jeunes enfants, chômage).

Cette comparaison avec les autres « déviant·e·s » du quartier s'inscrit dans une quête de respectabilité en milieu populaire. Comme le montre Beverley Skeggs (2015 : 317) « *les classes populaires ne sont jamais libérées du jugement d'autrui, réel ou imaginaire* », ainsi les rapports avec les mesures sanitaires deviennent un paramètre d'évaluation de sa propre respectabilité. Cette quête de respectabilité se décline selon les genres en milieu populaire. Si chez les femmes et les hommes nous retrouvons des propos de tolérance aux mesures contraignantes qui sont liés aux valeurs de l'endurance, de la résistance à l'adversité, etc., chez les femmes la respectabilité s'articule aussi avec le *care* en tant que souci de l'autre (*to care about*) mais aussi du travail de prise en charge des autres (*to take care of*). Selon Skeggs (2015 :14) « *la respectabilité d'une femme se mesure à sa capacité à organiser la vie quotidienne des autres, à prévenir leurs besoins et à les prendre en charge tout au long de leur vie et de leurs maladies* ». Ce travail s'est vu intensifié pendant la pandémie. Lors d'un focus group avec des femmes du quartier, elles parlent de leur activité accrue de nettoyage :

Moi, je n'ai jamais fait le masque à la maison, mais la javel. La javel. Nettoyer, nettoyer, nettoyer.

Il fallait qu'on... Ah oui, la javel. Nettoyer, nettoyer.

On nettoie tout le temps !

Oui.

Sur le moment, il y a le stress.

La javel, la javel. Les poignées...

Finalement, il est important de rappeler que ces formes de différenciation entre habitant·e·s du quartier – qui passent par l'évaluation du respect ou non des mesures sanitaires – sont contrecarrées par la compréhension des comportements déviants des « autres ». Les personnes mettent l'accent sur les « habitudes » mais aussi sur les conditions de vie, comme les logements trop petits, qui rendent particulièrement difficile le respect du confinement : « *Ça oui je l'ai beaucoup entendu (que les jeunes des quartiers ne respectent pas la mesure de confinement), je l'ai vu sur les réseaux sociaux, ben oui c'est une vérité quand même. C'est un constat. Tu peux pas les parquer tu vois chez eux. Tu peux pas leur supprimer les habitudes qu'ils ont. Pour eux c'est confiné mais c'est normal de sortir, de traîner dans le quartier, de continuer leur trafic* »

« Et puis y a mes voisins qui vont voir leur famille plus souvent, qui respectent pas totalement le confinement, ils sont en contact avec leur famille et quelque part je peux comprendre parce qu'ils ont l'habitude de fêter les fêtes religieuses avec leurs parents, leurs amis. Du coup il y a des gens pour qui ça ne change pas grand-chose, ils ont gardé leurs mêmes habitudes, et d'autres ont juste peur, ils se sont cachés et attendent que ça se passe ».

En dernier lieu, soulignons que les relations (qu'elles soient concrètes et domestiques ou abstraites et générales) sont mobilisées dans les justifications des comportements d'acceptation/refus des mesures sanitaires et qui s'inscrivent plus largement dans des considérations de ce qui est juste ou injuste. Cependant, les sentiments d'injustice, qui s'inscrivent souvent dans un « nous », n'arrivent pas dans le quartier à se politiser ni à trouver des dynamiques de conflictualisation (Duschene et Haegel, 2004), mais trouvent plutôt des voies morales, ou des « principes moraux » (Boltanski, 1990) régissant l'ensemble de la société. Les postures normatives en milieu populaire en relation aux mesures sanitaires vont au-delà d'une diversité de multiples valeurs individuelles mais elles sont loin cependant de constituer une « communauté morale » homogène.

1.2. La régulation par les relations

Il s'agit ici d'examiner les pratiques en tant que « jugements de fait » (Boltanski et Thévenot, 1991 : 28), qui se saisissent des relations comme des formes de « légitimations en acte ». Dans la diversité des conduites des acteurs·rices envers les mesures sanitaires, la médiation « d'autres » (des proches, des instances, des associations, etc.) devient ici concrète, tangible, en acte. Dans ce sens, les relations fonctionnent comme des formes de régulations, plus ou moins contraignantes, des normes sanitaires.

1.2.a. Les instances (institutionnelles et associatives) de proximité

-Les forces de « l'ordre sanitaire ».

De l'éventail très large des processus de régulation (qui vont de la contrainte à l'influence en passant, entre autres par l'éducation) une des formes de régulation des comportements relatifs aux mesures évoquée comme étant la plus coercitive est celle de la présence policière dans le quartier. Ici, la notion de régulation trouve une inflexion marquée du côté du « contrôle », comme étant une manière de régulation active d'encadrement des comportements sanitaires par des normes et des sanctions. Ici il s'agit bien des relations de surveillance, de vérification et d'inspection au cours de la pandémie, qui nourrit dans le quartier le sentiment qu' « *Il y a la police partout* » comme dit une femme dans un focus-group.

En effet, les habitant·e·s font souvent mention du fait qu'ils et elles sont les cibles habituelles des contrôles et que cela a été amplifié pendant la pandémie. Une femme raconte que lors du premier confinement, les CRS étaient venus au jardin public du quartier pour arrêter des jeunes, alors qu'il y avait d'autres personnes sur place : « *Mais les CRS n'ont demandé aucune attestation hein, et quand ils ont vu les gens dans le parc – tu sais, on sentait tellement d'agression... qu'ils avaient loupé leur groupe de jeunes qui fuyait devant eux –, ils ont lancé direct les projectiles, morts de rire, en disant : 'C'est la désinfection, les gars'. Enfin, sur des*

enfants ! ». Lors d'un focus group, des femmes reviennent sur ces contrôles policiers dénotant une technique de contrôle sanitaire déposée sur les forces de l'ordre et visant l'obéissance par les sanctions.

-Des fois, moi, j'ai oublié les papiers. Après... Moi, j'ai acheté les courses, moi, je sors, après, comme ça, la police. Ah mais moi, j'ai peur. Oh là là ! Après que... la police comme ça : « Allez-y, c'est pas... »(..)

- « Moi, j'ai oublié, excusez-moi. » Elle m'a dit : « C'est pas grave. »

-(Chercheuse-Animatrice) Toutes, vous vous êtes faites contrôler par la police ?

-Ah oui. Tout le temps.

La loi d'urgence n° 2020-290 du 23 mars 2020 pour faire face à l'épidémie de covid-19 étend le champ des personnes habilitées à constater les contraventions relatives au confinement général de la population. En effet, l'article 2 de la loi modifie l'article L. 3136-1 du Code de la santé publique en ce qu'il habilite notamment les agents de police municipale et les gardes champêtres à constater par procès-verbaux les infractions à la circulation en période de covid-19. Ainsi, le ministère de l'Intérieur communique à la fin du mois de mars 2020, les statistiques relatives au nombre de contrôles effectués et sur les amendes pour « non-respect du confinement » auxquelles ils ont donné lieu, en montrant des fortes disparités dans le volume des contrôles et des amendes en fonction des territoires. « *La Seine-Saint-Denis, par exemple, n'est pas seulement « le département plus pauvre de France », il affiche qui plus est une des plus importantes surmortalités liées au virus ainsi que le taux de verbalisation le plus élevé en Île-de-France* » (Gauthier, 2020).

Les chiffres communiqués par le ministère de l'Intérieur montrent que près d'1,2 million d'infractions ont été relevées par la police et la gendarmerie (et sûrement quelques policiers municipaux) entre le 17 mars et le 10 mai 2020. Comme le révèle l'article du journaliste indépendant Alexandre Léchenet¹⁸, il y a de fortes différences entre les territoires : dans les Alpes-Maritimes, en Seine-Saint-Denis, à Paris et à Mayotte, il y a eu plus de 30 infractions pour 1000 habitants, quand la moyenne nationale est autour de 17,8 infractions pour 1000 habitants. 26 785 infractions relevées dans le département de la Haute-Garonne, soit 19 pour 1000 habitants. Concernant d'autres mesures, entre le 21 août 2020, date de l'arrêté préfectoral et le 6 novembre 2020, seulement la police municipale de Toulouse recensait 3300 contraventions (de 135 euros) pour le non-respect du port du masque sur la voie publique à Toulouse.

Pendant la période, de fortes critiques ont été adressées aux forces de l'ordre, notamment concernant leurs pouvoir discrétionnaire au moment d'appliquer des contraventions lors du premier confinement. L'imprécision des termes du décret du 23 mars 2020 a en effet entraîné un risque d'arbitraire en accordant un pouvoir d'appréciation considérable aux agents de police qui menait souvent à des interprétations contraires au principe d'interprétation stricte de la loi pénale, tel que le relèvent les données de Dantan et al. (2020) : arbitrages dans la définition des « produits de nécessité », dans les moyens de se déplacer lors des sorties autorisées, ou encore le fait que certaines personnes étaient verbalisées parce qu'elles avaient rédigé elles-mêmes leurs attestations de sortie. Dantan et al (2020) en concluent qu'il est impossible qu'il n'y ait pas eu de contraventions arbitraires dû à la grande indétermination des mesures de confinement.

¹⁸ <http://blog.alphoenix.net/2021/07/21/confinement-plus-damendes-dans-les-alpes-maritimes-et-a-paris/>

De plus, si les sanctions allaient d'une première amende de 135€, le constat d'une nouvelle violation dans les 15 jours augmentait la contravention à 1500€, et elle pouvait aussi être constituée comme un délit. La construction de ce nouveau délit pose problème car il relèverait d'une « *nouvelle forme de pénalisation de la présence dans l'espace public* » (Le bureau du Syndicat de la Magistrature, 2020) et d'une régulation qui exalte la dimension disciplinaire de l'ordre sanitaire. C'est bien le modèle préventif de la contrainte (Dozon, 2000) qui se met en œuvre lors de ces procédures légales et qui agit par un pouvoir de contraindre appartenant aux autorités de l'État, et par extension, à la police.

Dans les propos des habitant·e·s, Police municipale et Police Nationale étaient présentes dans le quartier. On ne relève pas de différences dans les représentations que les habitant·e·s se font de ces deux niveaux, ni dans les relations qu'ils et elles entretiennent avec ces instances, en période pandémique.

Les tensions générées par les contrôles d'identité ont été nombreuses, ce qui a ravivé le sentiment d'un quartier sous contrainte policière. Car la gestion de la pandémie en milieu populaire a réactivé des rapports conflictuels avec les forces de l'ordre déjà très ancrés dans les quartiers populaires. « *Au premier confinement oui, on pouvait croiser très peu de gens, j'sais pas, c'était un peu mort, ça faisait quartier un peu mort.(...) comme il y avait moins de monde dehors pendant le premier confinement, les flics étaient plus visibles, encore plus visibles du coup.(...) De toute façon au quartier on est habitués à avoir les flics donc en même temps...Finalement ça change pas fondamentalement l'ambiance.* » Si les habitant·e·s des quartiers populaires se sont plutôt bien conformé·e·s – et plutôt plus que d'autres – aux mesures sanitaires, tel que le montrent les données recueillies dans les panels représentatifs (Bajos et al., 2021), les discours publics ont surtout révélé des réflexes de stigmatisation et de mépris de classe (Hivert et Spire, 2022).

Ainsi, les relations lors de la pandémie entre habitant·e·s et forces de l'ordre s'inscrivent dans des rapports sociaux complexes et de longue date, et c'est en tenant compte de ces deux niveaux qu'on peut comprendre *comment cette relation* est déterminante dans les formes d'acceptation contrainte des mesures sanitaires dans le quartier. En nuanciant les propos d'une professionnelle de santé, tant ces propos sont marqués par ses propres représentations, il est important néanmoins de considérer la force de cette contrainte à l'acceptation : « *ils (les habitants) ont respecté car la police était dans le quartier et qu'ils étaient vraiment...Parce que les gens sortaient et quand il y avait la police, ils rentraient en courant. Les gens n'avaient même pas envie de respecter ! Ils respectaient car il y avait une restriction* ».

-Les associations du quartier

Les relations aux institutions et autres instances du quartier ne doivent pas seulement être considérées sous le modèle de la contrainte (Dozon, 2001) ni sous la forme d'un gouvernement de corps (Fassin et Memmi, 2001) qui serait exclusivement coercitif. D'autres instances comme les associations du quartier ont, elles aussi, participé à réguler la conformité aux règles des habitant.e.s. C'est notamment par leur aide matérielle et leur accompagnement qu'elles ont œuvré dans ce sens, en leur distribuant des attestations de sortie, mais aussi en déployant une aide humanitaire et alimentaire auprès des personnes les plus vulnérables du quartier. C'est l'exemple d'une association de Bellefontaine qui dans le contexte pandémique est devenue un lieu de distribution alimentaire, fréquenté par plus de 600 familles chaque semaine, et qui équivalait à 3 tonnes de denrées. De manière générale, les difficultés des familles du quartier se sont accentuées quant à l'accès, au suivi et à l'accompagnement social proposé par les services sociaux (majoritairement municipaux et départementaux) en cette période de crise sanitaire. Elle est de plus intervenue dans un contexte de fonctionnement à flux tendu de ces derniers qui entravait déjà l'accès aux droits et l'accompagnement de nombreux ménages, et de dématérialisation qui accentue depuis quelques années la fracture numérique au détriment des personnes les plus précaires. Nous avons pu observer la manière dont les associations ont dû et pu pallier les carences constatées dans l'accompagnement social des personnes. Les associations ont ainsi engagé des ouvertures de droits habituellement dévolues aux services sociaux et autres administrations ou acteurs (Caf, Pôle emploi, bailleurs sociaux, etc) en allant au-delà de leurs missions habituelles, pour compenser les manques ou les délais très longs, sortant ainsi de leur rôle de simple orientation vers ces structures.

Le support des acteurs associatifs pendant la période de crise sanitaire ne se limitait pas à l'aide matérielle, à l'accès aux droits ou à l'accompagnement administratif, mais aussi à l'accompagnement scolaire des enfants, comme certaines associations confessionnelles qui *« ont participé à donner des ordinateurs aux familles pendant le premier confinement parce que les enfants étaient à la maison. Et donc il y avait le contact avec la maîtresse quand il n'y avait pas l'école... puis il fallait faire les devoirs à la maison »*. C'est aussi le cas d'une autre association de la Reynerie qui accompagne de nombreux enfants scolarisés qui se sont trouvés en grande difficulté pendant les confinements. La coordinatrice nous explique ainsi que quand l'association a pu ouvrir ses portes, ils ont installé des ordinateurs pour que les enfants puissent venir travailler dans leurs locaux. Une des problématiques pour de nombreuses associations du quartier a été l'adaptation des espaces au respect des mesures de distanciation d'un mètre, alors que la demande de la part des usagers avait augmenté. Plusieurs associations se sont retrouvées ainsi *« hors les normes »* (comme nous dit une salariée), et ont dû construire des arrangements pour pouvoir accueillir leurs public en respectant certaines des normes sanitaires (par exemple, quand la distance physique n'était pas possible de respecter, ont imposé le port du masque).

Plusieurs associations ont aussi œuvré dans les régulations des relations intrafamiliales et notamment des violences dans le quartier. Comme nous dit une bénévole : *« J'ai accompagné des problèmes de couple pendant le confinement. Beaucoup. Il y a pas que les femmes ! J'ai accompagné deux hommes que leurs femmes avaient mis dehors. Avec la police, on a pu avoir le 115 pour l'hébergement »*. Ainsi, c'est sur plusieurs niveaux que les associations ont étayé

les solidarités de proximité et qui ont permis aux habitant·e·s de s'adapter aux diverses mesures sanitaires.

Les associations du quartier se sont ainsi retrouvées en première ligne face aux conséquences de la crise sanitaire et elles ont dû souvent déployer des actions hors de leur champ d'activité habituel (distribution alimentaire et des masques, soutien psychologique et régulation des relations intrafamiliales, soutien administratif, prêt de matériel informatique, etc.). Ces organisations qui sont, par nature, constituées de réseaux d'interconnaissance et d'entraide très importants (Archambault, 2020) sont devenues des acteurs fondamentaux pour faire face à la crise sanitaire dans le quartier. Cependant, une question émerge dès lors que les associations deviennent le maillon essentiel du territoire pour faire face aux effets de la pandémie, de s'accommoder des mesures sanitaires ou plus largement dans l'accès aux droits sociaux ou de santé. Des formes de ciblage inhérentes aux actions associatives (lesquelles agissent par domaine d'action ou auprès d'un profil précis de bénéficiaires, entre autres) mais aussi aux types de relations entre usagers-habitants/associatifs peuvent venir heurter le principe d'universalité dans l'accès aux droits. Des formes d'exclusion involontaires de certains habitants peuvent renforcer l'isolement des personnes déjà isolées au sein du quartier.

-Les régulations des professionnels de santé et le dispositif de médiation-covid

Ce sont les professionnel·le·s de santé du quartier qui ont surtout été en première ligne lors de la pandémie de covid-19 et œuvré dans le sens d'une régulation sanitaire des comportements liés aux mesures. Nous avons pu enquêter auprès des principaux·lles acteur·trices des soins primaires du quartier qui configurent un véritable réseaux multisites de proximité autour de la Maison de santé de La Reynerie, regroupant une vingtaine de professionnel·le·s – pharmaciens, sept médecins généralistes, 2 cabinets d'infirmier·es, une médiatrice en santé, un podologue, un psychiatre, un chirurgien-dentiste, un orthoptiste, une sage-femme, deux psychologues, un kiné, un orthophoniste, etc.) – et gardant des liens forts avec l'ARS. Ceci a facilité la mise en place de dispositifs spécifiques dans le quartier, tel qu'on le verra ci-dessous, et certaines particularités dans l'offre sanitaire du quartier pendant la période, comme par exemple, des vaccinations anti-covid avant les autres territoires de la ville : *« c'est vrai qu'avec la Maison de santé, comme la coordinatrice se démenait beaucoup pour avoir des vaccins, nous à la pharmacie, on a eu des vaccins avant les autres ! Des Pfizer avant les autres, tout avant les autres ! Car ça nous arrivait directement via l'ARS. On était dans un flux qui n'était pas le flux normal. Les confrères attendaient les vaccins par les grossistes. On les a eus nous aussi par-là quand ça s'est normalisé. Mais nous, on a commencé à vacciner avant les autres »* (pharmacien d'officine depuis 16 ans dans le quartier).

Nos données révèlent ainsi leur forte capacité à organiser la gestion de la crise sur leur territoire notamment en termes de gestion des équipements de protection individuelle, de diffusion et de partage de l'information entre professionnels mais également en matière d'accès aux soins par la mise en place de centres de vaccination anti-covid-19 et au maintien des tournées infirmières dans le secteur. Et cela, malgré le manque de moyens, les incertitudes quotidiennes et des conditions de travail très dégradées et pénibles : *« Tellement d'informations arrivaient tous les jours que le weekend, on prenait le temps de digérer*

l'information. On avait peur de rater un mail, un truc important sur la réglementation, sur des consignes... on faisait des webinars dans le groupement... on avait un groupement un peu dynamique la deuxième année, en 2021, mais on passait un temps fou à... le soir, on rentrait du boulot, on avait des réunions pour faire les synthèses de ce qu'on aurait pu rater ! Je peux vous garantir que ça scie ! Et c'était 60, 70 heures par semaine. L'année 2020 a été très, très dure car il y avait en plus eu des gens absents, qui avaient été confinés. L'année 2021 a été un peu moins dure physiquement mais ç'a été une période inédite qu'on ne souhaite pas revivre (pharmacien d'officine depuis 16 ans dans le quartier).

En tant que représentants de l'autorité sanitaire, il·elle·s devaient suivre des consignes, des protocoles spécifiques et changeant durant toute la pandémie, laissant à première vue peu de marge de manœuvre à leurs activités de soins: « *Nous, on avait un protocole, c'était surveiller la saturation, la température, la tension, l'état général, s'il y avait des complications, écouter s'il y avait des problèmes au poumon, et bien sûr laisser des messages importants sur les gestes barrière* » (infirmière libérale).

Cependant, nous pouvons remarquer aussi que cette période a permis l'émergence de nouvelles pratiques et des innovations pour certains métiers de la santé, comme pour les pharmaciens : « *De manière générale, il y a eu un avant et un après, je le redis souvent mais on a fait des choses... pour nous professionnels de santé, ç'a été un accélérateur de prise de responsabilité, de choses... on nous a autorisé à faire vacciner tout le monde dans l'équipe ! J'aurais pu former tous mes collaborateurs, tout le monde fermait les yeux. Et c'était tout le monde qui essayait de ramer dans le même sens. Ce sont quand même des moments assez inoubliables et pour ça, le covid... il y a des jours où on était... on ne savait pas où on allait mais bon, je me rappelle, les premiers temps où il a fallu faire ces vaccins, je me disais « purée, jamais je ne me serais cru obligé de faire ça en pharmacie ! ».*

Dans les propos des professionnels de santé, nous observons de manière assez générale une forte adhésion aux mesures sanitaires implantées par le gouvernement : « *J'analyse ça positivement. Qu'on le veuille ou non, pour lutter contre des crises sanitaires comme celle qu'on a connue, il faut de la rigueur et de l'organisation, donc on est bien obligés d'imposer. Parce que par nature, on est des Latins, voire latins ++, et donc on n'est pas des Chinois par nature... donc je pense qu'il y aurait eu plus de dégâts encore si on n'avait pas mis les masques, si on n'avait pas... (...) Il y en a qui vont vous dire qu'on est dans un pays totalitaire mais bon, un pays totalitaire, je ne suis pas trop d'accord... il faut savoir quand même que toutes ces mesures, le gouvernement les subissait lui aussi. Il était dans l'optique d'éviter les morts, d'éviter ci et ça... Donc le gouvernement a été dur, 'oui mais... '. Voilà, 'oui mais' » (pharmacien d'officine depuis 16 ans dans le quartier)*

Des différences cependant apparaissent entre les divers métiers de la santé concernant leurs positions face à certaines pratiques préventives plus contraignantes, comme la vaccination obligatoire. Ces différences peuvent être liées non seulement à certains marqueurs sociaux comme genre et âge, mais aussi à différentes socialisations professionnelles. Ainsi, concernant la vaccination obligatoire, par exemple, la médiatrice de santé dénote une vision plus distanciée et plus critique envers les autorités sanitaires : « *Mais moi, je n'étais pas convaincue dans la mesure où on donne un vaccin, ce n'est pas... c'est pas fini. On sait même pas... c'est-à-dire covid, ça y est... un vaccin, c'est toujours à partir du virus. Mais il est où le virus, est-ce*

qu'on a pu la palper ». Cependant, elle a été contrainte, de par son métier à se vacciner, mais aussi elle a dû trouver un arrangement qui lui permette d'adhérer à la mesure : *« je suis partie du principe que c'est peut-être moi qui faisais erreur ».*

Cette adhésion de principe (et liée à leurs socialisations professionnelles) aux mesures sanitaires « contraignantes » de la part des professionnels de santé peut être liée aussi aux représentations qu'il-elle-s se font des habitant-e-s du quartier et de leurs usager-e-s, comme étant un public nécessitant des mesures contraignantes pour adopter des gestes préventifs. *« Nous on était très stressés, on n'avait pas de matériel, on vivait des moments très difficiles, on savait pas comment s'habiller pour aller surveiller les patients. Et on voyait les gens se comporter d'une façon... on était un peu choqués, on se disait nous on fait tout pour que les choses se passent bien et à côté de ça, les gens du quartier on dirait qu'ils vivaient sur une autre planète. Donc on a relayé ces messages, nous en tant que professionnels de santé en maison de santé on est assez coordonnés, et c'est un constat qui était relayé par tous les professionnels de santé. On entrait chez les gens, nous on portait les masques, personne portait de masque, c'est-à-dire qu'il y avait une incohérence entre ce que nous on faisait et la réponse des personnes en face. Par exemple, il y avait à l'époque... on proposait le masque aux gens parce qu'on savait pas ce que c'était comme virus et ils disaient "c'est n'importe quoi, moi je porte pas de masque' »* (infirmière coordinatrice MSP).

Si certains propos pourraient être teintés d'un certain culturalisme, leurs propos dénotent souvent des formes plus nuancées et d'un non-particularisme concernant les habitant-e-s du quartier par rapport à d'autres territoires et milieux : *« C'était bien ancré mais dans le Grand-Mirail, une minorité des gens qui étaient conscients, qui avaient vraiment compris qu'il y a un problème grave de santé publique, mais c'était vraiment des minorités. Car il y avait des messages qui tournaient dans le quartier, enfin, partout, et qui disaient que c'était un complot (...) Ce qui était quand même étonnant, c'est qu'il s'agissait beaucoup plus des jeunes. Ce sont eux qui portaient ce message car ils avaient accès à internet ».* (infirmière libérale)

Concernant leurs modes d'intervention et de régulation des pratiques préventives, il faut souligner que leurs statuts de professionnels de santé (et agents sanitaires) leur conféraient au sein du quartier la légitimité d'exercer le contrôle sanitaire de type contraignant dans certains espaces : *« Quand on disait aux gens 'mettez le masque s'il vous plaît', quand on avait le panneau, les gens s'exécutaient. Il y a eu des grincements de dents mais bon, comme on était établissement de santé dont la réglementation est soumise au gestionnaire... »* (pharmacien).

« Dans le cabinet, je ne laissais pas le choix. Ils avaient le masque ou ils sortaient. Ça, c'était... de façon autoritaire, voilà. « Si tu veux être soigné, tu portes le masque, sinon tu sors. » En gros, c'était ça. « Tu » ou « vous », mais voilà ». (médecin)

Cependant, leurs actions auprès des habitant-e-s dénotent des processus complexes, où le déroulement de l'interaction n'est jamais fixé d'avance, où l'autorité s'exerce moins sous un pouvoir « impératif » que sous une forme « conditionnelle », où les interventions doivent être sans cesse réadaptées, réinvesties, elles sont source de négociations mais aussi de conflits. En effet, les professionnels de santé reviennent souvent sur ces conflits dans leurs interventions et régulations des mesures sanitaires.

« Mais je sais que moi, j'ai été invectivé quand je faisais des tests, quand je vaccinai, et on avait des gens qui allaient presque jusqu'à l'insulte ! On en avait deux, trois (jeunes femmes) sévères, là, qui venaient se mettre quand il y avait la queue pour faire les tests, presque comme les Femmen... c'était ce style-là ! » (Pharmacien)

« Je prenais l'ascenseur avec des jeunes de culture Europe de l'est, plutôt des Roumains, Tchétchènes et tout, et j'étais même choquée, je disais aux jeunes « vous portez le masque quand on prend l'ascenseur. Je vous en donne un. » « Non, je ne porte pas de masque. » Et même, deux fois j'ai été agressée : « vous sortez de l'ascenseur. Je le prends d'abord et vous le prenez ensuite. C'est moi qui suis prioritaire. » « Vous parlez de quoi ? Le covid ? Quel covid ? » Plusieurs fois comme ça. Des jeunes, jeunes ! Deux ou trois fois, ça m'est arrivé avec la même personne d'ailleurs, et à un certain moment, je lui ai dit « je voudrais parler à vos parents, vous avez compris qu'il y a un problème ? », la personne me dit « je m'en fous ». Et vraiment rude ! Mais rude, avec un message agressif » (Infirmière libérale)

Ainsi, pour ces professionnel-le-s de proximité la période pandémique a visibilisé de manière plus forte des incohérences (qui existaient déjà) entre leurs normes professionnelles et les conditions réelles dans lesquelles il-elle-s exercent leur emploi.

« Avec tous les messages qu'on recevait, qu'il faut porter le truc... pour moi, c'était très compliqué. Déjà, il n'y avait pas le matériel mais il fallait quand même aller voir les personnes. Donc la partie prise en charge était très compliquée pour nous et aller voir les gens... il y avait double regard : un regard négatif sur nous en tant que soignants qui apportons le virus ; et le deuxième regard, « merci d'être là mais moi, je ne peux rien faire ». Car quand on voyait tout le monde... il y avait le covid... je me rappelle que X (médecin) me dit « il y a un enfant malade, positif au covid » et quand on rentre dans un contexte où tout est mélangé, je dis « il n'y a pas qu'un enfant qui est malade, je pense que les cinq le sont ! ». Il me dit « mais il n'y en a qu'un de positif ». « Vous avez testé les autres ? Non ? Ben testez les autres ! » Le contexte était quand même très compliqué, rentrer chez les gens... » (Infirmière).

Dans ce récit, il est intéressant d'observer d'abord, les multiples directions que pouvaient prendre la « peur » et les représentations du risque : pour les habitant-e-s, c'était les professionnel-le-s de santé, et *vice versa*. Ensuite, c'est le respect « à la lettre » des mesures prophylactiques qui apparaît ici comme impossible pour les professionnel-le-s mais aussi impossible à faire respecter. En effet, les professionnel-le-s de santé se sont retrouvé-e-s dans les paradoxes de la régulation sanitaire. Les infirmières ont notamment effectué un travail auprès des familles durant leurs visites à domicile souvent pour d'autres raisons de santé. Cependant, la régulation des comportements préventifs ne pouvait pas être faite selon les prescriptions officielles, mais elle devait être adaptée par les professionnel-le-s aux conditions sociales et matérielles des familles. Ainsi, les professionnel-le-s de santé ont fonctionné comme un filtre des mesures sanitaires, nuanciant les prescriptions, appuyant sur certaines mesures et en minimisant d'autres.

Une infirmière nous dit ainsi : *« Donc pour nous, ça été un changement radical et psychologiquement, ça été très lourd. Très lourd dans le sens où il y avait des messages très restrictifs qu'il fallait porter, « faites attention », etc. Et à côté de cela, on voyait des contextes très compliqués qui ne s'accordaient pas et il fallait adapter les messages, essayer de dire*

l'essentiel car de toute façon, tout dire ne servait à rien, personne n'imprimait. C'était très compliqué pour eux et ils n'avaient déjà pas les moyens de mettre tout cela en place : porter les masques... les moyens logistiques et cognitifs pour comprendre tous les messages, les imprimer ».

Ainsi, lors de la crise sanitaire, ces acteur·ice·s professionnel·le·s de la santé de proximité (proches des *street-level bureaucrats*) ont pu prendre des décisions discrétionnaires qui ont, *in fine*, un impact sur la substance même de la politique publique qu'ils mettent en œuvre, dans la mesure où leur autonomie dans les interactions avec les usager·e·s leur permet de procéder à des arrangements avec les procédures.

De même, l'idée d'une emprise inconditionnelle et surplombante de l'État sur les comportements des personnes (professionnel·le·s/habitant·e·s), lors de cette période d'exception mérite d'être réexaminée, à l'aune de ces « bricolages » normatifs (Fassin et Memmi, 2004) et des pratiques discrètes des professionnel·le·s de santé chez les habitant·e·s. Les difficultés et le « poids » de devoir réaliser ce « bricolage » ressenti par les professionnel·le·s de santé (« *ç'a été très dur* ») est une preuve de son ampleur.

-Le dispositif « bricolé » de médiation-covid : une régulation sanitaire horizontale ?

Au premier trimestre 2021, l'ARS est alertée par l'Éducation Nationale d'un maintien à l'école d'enfants positifs au Covid par les parents dans le quartier de la Reynerie, alerte étayée par le personnel de la MSP du quartier qui fait état d'un refus de se déclarer positifs-ives par les habitant·e·s qui continuent à travailler. Lors d'une réunion réunissant plusieurs acteurs publics, l'idée d'une expérimentation en prévention par les pairs est arrêtée et l'ARS prend la décision de financer un dispositif de médiation Covid (porté par la MSP de la Reynerie), en se basant sur sa culture acquise de médiation en santé dans une perspective innovante d'introduction de « pairs » comme agents de santé publique : « *Et là pendant cette réunion j'ai proposé de travailler avec les habitants parce que le problème c'est que les habitants n'ont pas accès aux mêmes messages, certains ne parlent pas le français, on a un vrai manque d'équipement... On s'est dit on va travailler sur l'équipement de protection et sur les messages de prévention. Et je me suis dit on a qu'à faire une expérimentation médiation par les pairs. Tout le monde a eu l'air de dire que c'était une bonne idée, ma chef de pôle aussi, et du coup en interne ça a été un début d'acculturation. Déjà l'ARS travaillait sur la médiation en santé, donc c'était dans une continuité, et là, la médiation en santé par les pairs ça a été une acculturation en interne de notre direction de la santé publique, de notre directeur et tout* » (Chargée de mission, ARS).

Ainsi, les alertes sur les risques de propagation du virus dans ce quartier ont généré une forme d'improvisation quant à la construction d'un dispositif visant à recruter, former et accompagner des médiateurs·rices eux·elles·mêmes habitant·e·s du quartier. En effet, son élaboration repose principalement sur deux actrices dont l'une, chargée de projet à l'ARS, s'est autoformée à la médiation par des recherches bibliographiques et sitographiques ainsi que par la mobilisation d'un réseau de connaissances dans le milieu de la médiation en santé. La seconde, professionnelle de santé de terrain et coordinatrice de la MSP de la Reynerie, a, quant à elle, élaboré les outils de prévention des gestes barrières. Ce travail d'appropriation de savoirs et de pratiques professionnelles en santé par les pairs a permis la construction

d'ateliers de formation (validés par les médecins de l'ARS) à destination des futurs médiateurs·rices. Inspirée des dispositifs en santé communautaire et basée sur des techniques d'éducation populaire, cette formation précédait l'entrée sur le « terrain » proprement dit et la rencontre avec ses habitant·e·s.

Basées sur « l'aller vers », ces missions de prévention et de promotion de la santé consistaient à informer le public des risques liés au Covid-19 et sur les façons de s'en prémunir, à distribuer des masques, du gel hydroalcoolique, puis des autotests sur les lieux publics des quartiers. Les médiateurs·rices ont également accompagné les publics vers la vaccination et le dispositif s'est déployé autour de centres de vaccination éphémères dont un à la Reynerie et un autre à Bagatelle. Cet accompagnement physique a été doublé d'un accompagnement à l'accès aux droits en santé, en orientant les personnes ne possédant pas de couverture sociale vers la médiatrice en santé de Bellefontaine qui entreprenait les démarches d'ouverture de droits AME ou CPAM.

Un pré-recrutement s'est fait à la fois sur des critères d'appartenance au quartier et d'appartenance à une communauté d'origine et de langue (capital d'autochtonie et communautaire), par le biais d'une association de distribution alimentaire basée à Bellefontaine.

Les recrutements ont ensuite été effectués par la chargée de projet ARS et la coordinatrice de la Maison de santé de la Reynerie sur des critères d'aisance à l'oral, de situation personnelle et de lieu de vie. Huit médiateurs·rices en tout ont été sélectionné·e·s sur deux recrutements, certain·e·s n'ayant pas été renouvelé·e·s. Travaillant à temps partiel 4 jours par semaine sur des horaires hachés, les médiateurs·rices ont connu des conditions de travail précaires et appartenu aux « petites mains » des dispositifs d'action publique, à la fois nécessaires, mais non valorisées ou stabilisées dans un parcours professionnel ascendant ou reconnu.

Cet emploi ponctuel et soumis aux chiffres de l'épidémie a pu créer une désillusion chez certains médiateurs·rices, en raison de l'ascension symbolique qu'ils ont opérée en termes de carrière, amenant un sentiment d'instrumentalisation et d'abandon. De même, les tensions larvées avec les responsables du projet, qui ont rejilli sur l'enquête elle-même avec des refus d'entretien de certains médiateurs qui estimaient avoir été suffisamment « utilisés » : « *C'est dommage car quand je fais quelque chose, je m'y mets à fond, je donne tout ce que j'ai et à la fin, la récompense, il y en a presque pas... à la fin, on est traités comme des animaux, quoi* » (médiateur covid).

Concernant leurs marges de manœuvre dans le dispositif, elles étaient faibles, celui-ci adoptant une structuration hiérarchique descendante classique, ne permettant pas une horizontalité d'élaboration et de décision entre ses différents acteurs : « *Ma chef, c'était une infirmière, Madame X., et c'est elle qui nous disait quoi faire* » (médiateur covid). Malgré une bonne volonté de travail communautaire et de pair-aidance, les tâches concrètes des médiateurs relèvent finalement des pratiques traditionnelles de la prévention et ne laissent pas de place à des formes de construction de pratiques préventives par le bas. En effet, ces tâches n'impliquent d'aucune façon la participation des habitants mais consistent plutôt en un accompagnement à l'acceptation et au respect des normes sanitaires édictées durant la période.

Le dispositif reposant sur une acception territoriale, linguistique et ethnique de la communauté, les médiateurs sont recrutés sur des critères d'appartenance au quartier et d'appartenance à une communauté d'origine et de langue. Cette forme, que l'on pourrait considérer comme appauvrie, de pair-aidance, exclut cependant l'expérience partagée d'avoir contracté le virus ou connu un parcours de soin en lien avec le covid.

Les instances sanitaires cherchent à s'appuyer, de manière tout à fait originale, sur des tissus sociaux déjà existants et sur des relations socialement horizontales entre habitants du quartier pour exercer une régulation de leurs pratiques sanitaires. Cependant, les premières analyses du dispositif nous laissent ainsi avancer que malgré les valeurs ancrées dans l'idée de pair-aidance, de santé communautaire, de participation et d'une certaine légitimation des savoirs expérientiels, la médiation-covid s'est inscrite dans une logique « descendante » d'éducation préventive et thérapeutique, se restreignant ici à la maladie de covid-19. Il ne s'agissait pas tant d'accompagner les « pairs » par rapport aux problèmes sociaux, économiques, relationnels, ou même de santé, soulevés pendant la pandémie, mais de transmettre des connaissances « institutionnalisées », de faire de la divulgation scientifique (Bergeron, 2016) et de faciliter l'accès aux dépistages et vaccination anti-covid.

Ce bricolage de régulation des pratiques sanitaires en temps de covid a permis une augmentation des dépistages et vaccinations en particulier auprès des personnes privées de droits ou de celles qui avaient besoin d'un accompagnement physique au centre de vaccination. De même, les relations horizontales entre médiateur·trices et habitant·e-s recourent à des techniques de régulation originales – comme « le récit de sa propre expérience », les « conseils », etc. – qui ne vont pas sans conflits, amenant ainsi à certaines stratégies et arrangements particuliers. Cependant l'idéal poursuivi de nouvelles formes de régulation plus horizontales n'a pas été atteint, le dispositif ayant plutôt reproduit les formes conventionnelles de la prévention et d'une transmission institutionnelle du type *top down* des normes sanitaires.

1.2.b. Les régulations par les proches.

Moins discutées dans la littérature, des formes de régulation dans l'adoption des mesures sanitaires apparaissent notamment dans des relations familiales et entre proches. Elles nous semblent néanmoins très importantes en termes analytiques mais aussi en termes praxéologiques en prévention et de promotion de la santé.

Cette forme de régulation des mesures sanitaires entre proches, peut être horizontale (entre pair·e-s, ami·e-s, voisin·e-s) et peut amener à l'adoption des mesures ou son contraire. C'est le cas, par exemple, des groupes de jeunes garçons qui, selon les propos d'un médecin, pourraient suivre des normes de sociabilité masculine dans le fait de ne pas adopter les mesures : « *Pour les... on va dire les « deuxième génération », ne pas appliquer (les mesures), c'était souvent aussi se rebeller. Dire « je suis un mec, moi ! ». Les jeunes, c'était beaucoup ça. Oui, donc souvent, c'était un peu de fanfaronnade, sûrement ça, et donc ils appliquaient pas. Volontairement, car c'était une façon de faire le caïd, de faire le dur* ». Ces formes de régulation des comportements entre pair·e-s pouvaient aussi se réaliser entre voisin·e-s, où les « jeunes » acquièrent une autre image et pouvaient participer à la protection des voisin·e-s

plus âgé·e·s : « *Et pour les courses, il y avait des voisins à côté, des jeunes, qui nous faisaient les courses* ». « *Il y avait deux jeunes à côté... mitoyens avec nous, et en face aussi, alors ils venaient... ils téléphonaient : 'Est-ce qu'il vous manque quelque chose ?'* » (discussion des femmes lors d'un focus Group). En effet, les relations d'entraide entre voisin·e·s au sein du quartier ont permis matériellement de s'adapter aux mesures (faire des courses lors du confinement, entraide matérielle et échanges de produits prophylactiques, comme les masques). Une femme, par exemple, nous dit qu'elle distribuait des masques qu'elle confectionnait à ses voisin·e·s : « *les masques que j'ai faits, les voisins de là où j'habitais avant, je suis en contact avec eux, ils sont venus deux, trois fois en récupérer. Ça fait plaisir. Je me suis dit 'allez, je suis à la maison, mais je fais quelque chose quand même'* » (femme algérienne, 59 ans).

Les médias ont largement diffusé l'idée d'une solidarité accrue au moment de la pandémie, et comment se sont organisés des réseaux d'entraide informelle pour faire face à la crise. Aussi au Grand-Mirail, les voisin·e·s ont pris soin les un·e·s des autres en faisant les courses des malades et des plus vulnérables, en prenant en charge les listes de prescriptions médicales, en téléphonant régulièrement aux personnes isolées, etc. Ces réseaux sont totalement autonomes de l'État et presque entièrement organisés au niveau du quartier. Il s'agit aussi souvent de réseaux féminins, formés entre voisines. Dans un focus group mené à Bellefontaine, les pratiques d'entraide reviennent souvent dans la conversation : « *Moi, j'ai acheté pour une... pour une amie – elle est chibania¹⁹ 'Moi, je pars à Auchan et je te ramène de la farine, je vais aller de bonne heure'. J'ai acheté 5 kilos, mais pour elle, c'est pas pour moi* ». « *Après, on parle surtout du public isolé, donc c'est vrai... c'est pour ça que j'ai dit 'la solidarité'. On prend l'exemple de Béatrice. Béatrice, elle allait faire les courses pour quatre... quatre mamies* ».

Ces propos concordent avec les données de l'enquête Coconel (INED, 2020) qui montrent que les échanges de services se sont cependant réorientés : les services à destination des familles, les plus nombreux en temps ordinaire, ont diminué, quand ceux à destination des personnes âgées ont augmenté sur la même période. Cependant, ces propos, qui s'alignent aux discours médiatiques sont nuancées aussi par les données de l'enquête Coconel qui montrent qu'il n'y a pas eu une augmentation des services rendus dans le voisinage pendant cette période : pendant le confinement du printemps 2020, 40 % des Français·e·s disent avoir rendu au moins un service, et 29 % disent en avoir reçu au moins un, soit exactement les mêmes proportions que le mois précédent, pris comme période de référence (Lambert et Cayouette-Remblière, 2021). Il n'empêche que le sens de ces échanges entre voisin·e·s semble avoir pris un autre sens, et trouvent dans la période une signification sanitaire et préventive tournée vers l'accomplissement et le suivi collectif des mesures sanitaires.

Ce sont surtout des formes de régulation dans des relations verticales que nous avons pu observer (envers les aîné·e·s de la famille, mais aussi et très souvent envers les enfants). Une femme qui a plusieurs comorbidités, nous raconte comment ce sont ses filles et son mari qui contrôlaient au quotidien ses comportements et son « adhésion » aux mesures : « *Moi, c'était vraiment... en plus, j'ai des problèmes de santé donc mes enfants : 'non, tu sors pas, tu fais quoi ?'. 'Je vais acheter...'. 'Ben, tu sors pas !' Alors, j'avais juste mes hospitalisations, où j'étais obligée d'aller. Mais là, c'est strict puisque c'est le masque, les gants* » (...) « *Et puis même...* ».

¹⁹ Chibani vient de l'arabe maghrébin et signifie vieux, vieillard, ancien ou encore « cheveux blancs ».

donc là, je vais aussi voter, ma fille me dit 'non'. (...) Donc qu'est-ce que je fais, je vais voter. Et pareil, ma fille me dit 'maman, fais attention' (...). Après, aussi, quand on allait faire les achats. Enfin pas moi, mais les enfants... elle me dit 'maman...'. Alors déjà, le jour du confinement, la veille, je dis à ma fille 'viens, on va faire des courses'. Son père me dit 'mais non, pourquoi tu y vas ? Demain !' 'Oui, mais t'as vu, il y a le confinement, on sait jamais' 'Mais non, mais non ! » (femme 56 ans, 4 filles (3 à la maison) de 27 ans (mariée), 26 ans, 21 ans et 15 ans, reconnue handicapée, ne travaille pas).

Ainsi, nous pouvons observer comment ces contextes relationnels façonnent la perception du risque de contagion, en même temps que l'acceptation des mesures sanitaires. Nous retrouvons ici la régulation des mesures sanitaires au sein des familles, et ce, dans un double sens : envers les aîné·e·s, mais aussi et très souvent envers les enfants, et ici encore la figure maternelle apparaît comme la « figure disciplinaire » (Cardi, 2010) mettant à l'œuvre plusieurs techniques de régulation. Ces diverses stratégies (prières, menaces, rétribution) de contrôle exercé sur les enfants est éclairant pour cette femme qui, veuve, élève seule son enfant : « *C'était pas facile au moment du confinement, au début, parce qu'il voulait sortir. (...) Au début du confinement, au bout d'une semaine, il dit « j'en ai marre, je sors » (...) j'ai prié et je lui ai dit « si tu as une amende, c'est pas moi qui paie et tu te démerdes ». Excuse-moi pour le mot, mais je lui ai dit ça. (...) Et quinze jours après, il voulait sortir encore. Il étouffait. Ce jour-là, j'ai prié dieu comme si c'était quelque chose de... par hasard, il est sorti, il a entendu la sonnerie d'une ambulance, de la police ou de je ne sais pas quoi, dans le quartier. Il est pas parti loin. Il est rentré et depuis ce jour-là, il n'est plus sorti. (...)Après, quand il est pas sorti, j'ai rien dit. Au contraire, il sort pas, il a vingt euros pour quinze jours ou une semaine, pour le calmer. Je lui dis « tu sors pas, je te donne cinquante euros ». Il me les a pas réclamés, mais je lui donne tous les vingt jours, dix, vingt euros. Ça dépend de mes moyens. Mais je lui dis « si tu sors pas, je te donnerai cinquante euros, tu achètes un jeu ». C'est pour l'encourager. Il est grand, quand même, mais dans sa tête, pour moi, il est encore jeune, tu vois ».*

Cependant, nous avons pu observer aussi que l'adoption des mesures sanitaires était elle-même limitée dès lors que celles-ci empiétaient sur des moments forts dans la construction ou reconfiguration des relations sociales au sein des familles. C'est le cas des naissances, des mariages et des décès, pour lesquels les personnes font état de stratégies – et de leur efficacité – afin de limiter les effets de l'application des règles de « distanciation sociale » sur ces moments particuliers. Les écarts à la mesure de confinement sont considérés comme des tentatives de préserver les temps familiaux importants : « *Bon, on a une copine ici, du quartier, elle a marié sa sœur...Oui, oui... et un T3... elle a un T3, deux chambres, le salon, alors 52 femmes sont venues... à l'intérieur. Je t'assure. Mais, bon, après, c'est vrai qu'il n'y a... (...) elles n'avaient pas de corona. Ah non, non, personne n'a eu le corona »*

Enfin, nous avons pu comprendre que le refus de certaines mesures était un moyen de réguler les relations familiales au quotidien, notamment le lien conjugal, mis à mal pendant le confinement. Ainsi, plusieurs femmes nous disent qu'elles sont beaucoup sorties durant le confinement parce qu'elles n'avaient pas l'habitude de passer autant de temps avec leur conjoint. Une femme nous explique qu'elle remplissait son attestation au crayon, afin de pouvoir changer les heures de sortie pendant le confinement et rester longtemps en dehors du foyer : « *Et moi, j'utilise ma gomme et après, ouais, c'est bon. Et je passe toute la journée dehors. (rire) Parce que je ne peux pas rester à la maison. C'est le confinement, les enfants à*

la maison... le mari à la maison ! ». Nous voyons comment des formes de non-adhésion ou de contournement des normes sanitaires peuvent être liées à la gestion des relations intra-familiales, voire de violences (dont plusieurs acteur·ice·s associatif·ive·s et professionnel·le·s du quartier nous ont fait part), et qu'on ne peut pas comprendre les rapports aux normes comme des rapports d'individus détachés de tout lien.

La dimension relationnelle de l'appropriation des mesures sanitaires nous a permis en effet de rendre compte du caractère processuel de l'acceptation et des appropriations différentielles des normes, s'étayant sur son double versant interactionnel et des rapports sociaux, plus structurels.

Ainsi, « le social » de l'acceptabilité gagne à être saisi à partir de sa *dimension relationnelle* qui se déploie sur deux niveaux : premièrement, en tant que relations cristallisées dans des rapports sociaux (de classe, de genre, de race) qui structurent à leur tour des formes d'interactions, ensuite dans sa dimension interactionnelle proprement dite, faite de rencontres situées et concrètes entre les acteur·trice·s, et qui façonnent à leur tour les rapports sociaux autant qu'elles en sont façonnées. Ces deux niveaux, agissant de manière articulée, permettent d'observer autant des phénomènes de reproduction des rapports que des formes dynamiques pouvant produire des changements.

Ainsi, non seulement elle permet de sortir des notions figées « du social » – qui n'est pris, ni comme une dimension explicative périphérique des pratiques et positions des individus, ni comme étant réductible à l'addition des pratiques, attitudes et intérêts individuels – mais aussi des conceptions étroites de l'individu. Elle permet de montrer que « l'habitant » n'est pas un « citoyen » abstrait et distinct qui adhère ou non aux normes, mais un sujet traversé par les relations incorporées (et les rapports de domination) mais aussi par des relations quotidiennes avec d'autres personnes/entités. Cette dimension relationnelle en tant que modalité de justification des pratiques permet, en outre, de sortir de l'aporie « attitudes/comportements » et leur manque de concordance, souvent mise en avant dans les travaux sur l'acceptabilité : elle permet de rendre compte des capacités critiques des acteurs·rices engagé·e·s dans des situations incertaines, de dispute ou de conflit renvoyant à des grammaires stables et partagées en milieu populaire.

Finalement, l'entrée par les relations permet de penser les tiraillements entre le modèle contractuel et le modèle de la contrainte de Dozon (2020) lors de la période pandémique. Pour Dozon (2022 :180) : « *les mesures de contrainte ou de restriction ont été en bonne part tempérées par le modèle contractuel, en l'occurrence par une large acceptation ou, mieux, par un assez fort sens civique qui traduisait une bonne compréhension (ou une bonne intériorisation) des explications épidémiologiques officiellement données, comme de la nécessité de ne pas alourdir la charge des systèmes hospitaliers par un trop grand nombre de personnes gravement affectées* ». L'analyse de nos données empiriques nous amène à nuancer la place explicative de ce « sens civique » et de la « bonne compréhension ». Nous avons pu montrer comment les positions d'adhésion et de respect des mesures sanitaires (tout autant que les attitudes à leur encontre) étaient moins le fait d'une seule identification citoyenne et d'un surplus de connaissances, que le résultat de plusieurs conditionnements

matériels et organisationnels, d'interactions diverses et des relations significatives. Ainsi, et poursuivant l'idée d'une régulation de type contractuel, il s'agit de réfléchir peut-être à qui vise la « biopolitique déléguée » (Memmi, 2004) mais aussi qui et comment la réceptionne. Ces régulations biopolitiques semblent déléguées à un « individu », afin de l'en rendre responsable, mais celui-ci n'est pas coupé de tout lien, il est inséré dans des relations (contraignantes et contractuelles) où ses pratiques de santé prennent sens.

2. La dimension temporelle de l'appropriation des mesures

Selon Fortin et Fournis (2013, p. 136) : « [L']acceptabilité sociale n'est pas donnée a priori. Elle est plutôt un construit social, issu d'un ensemble de processus croisés qui s'élaborent dans le temps et dans un espace. ». Pourtant, comme le remarque Batellier (2015 :57) un des écueils réguliers des chercheurs est celui de ne pas prendre la mesure du caractère *dynamique* de l'acceptabilité sociale. Ainsi, la dimension temporelle nous semble fondamentale pour analyser les dynamiques des modes d'acceptation et appropriation des mesures sanitaires. En restant sur une approche inductive, nous proposons donc de tenir compte de la dimension temporelle qui se dégage des formes d'appropriation des mesures sanitaires telle qu'elles apparaissent dans le champ juridique et éthique ainsi que dans les propos des personnes rencontrées. La dimension temporelle prend plusieurs formes, à partir des données juridiques et ethnographiques, en termes d'*historicisation*, de *synchronisation* et d'*apprentissages biographiques*.

2.1. L'historicisation des mesures.

D'abord, il y a ce qu'on pourrait appeler l'historicisation du processus d'acceptation. Autrement dit, l'avènement du covid et des mesures mises en place pour l'endiguer sont inscrits dans une histoire individuelle et collective. L'expérience actuelle de la pandémie et sa gestion gouvernementale est située dans un temps qui n'est pas neutre mais dans un temps signifiant pour les acteur·ice·s et donnant forme à des récits et interprétations divers.

Les relations que les personnes tissent avec l'évènement pandémique et les mesures sanitaires se situent dans une assise historique qui fait qu'elles peuvent être situées par rapport à « un avant » et un « après » et ces expériences temporelles, qu'elles soient ordinaires ou extraordinaires, sont évaluées en rapport avec des processus en œuvre.

Pour comprendre les formes d'historicisation des mesures, la première grande mesure imposée par le gouvernement, mise en place au printemps 2020, ouvre la séquence temporelle pandémique comme un évènement de rupture ou une « brèche » temporelle. Les discours aussi bien politiques que médiatiques sont en effet saturés des expressions de « parenthèse enchantée » et de « rupture inédite » qu'il convient néanmoins d'examiner de manière critique. En rendant opérationnalisable sociologiquement la définition d'H. Arendt, Chauvin, Diarra, Lenouvel et Ramo (2021) définissent la brèche temporelle comme une « rupture dans le cours ordinaire des vies collectives et individuelles, se caractérisant par un haut niveau d'incertitude, entraînant une forte polarisation des temps vécus et suscitant une production de narrations temporelles ».

Nous reviendrons ci-dessous sur les arrangements des différents temps vécus, mais concernant cette production de narrations, nous pouvons constater des récits macroscopiques et par le « haut » qui font preuve de rupture avec divers processus à l'œuvre dans la société. Nous pouvons constater que ces récits tournent autour d'un étonnement très partagé, d'une rupture marquée par le retour à l'ordre national comme mode de gestion et administration des phénomènes collectifs. La gestion de la pandémie a eu pour effet de montrer le caractère indéclinable des fonctions essentielles de l'État en matière sanitaire. Face à une épidémie globale, il est revenu à chaque État-nation de décider des mesures à prendre pour protéger la santé de sa population. Dans ce sens, une double rupture se crée, d'un côté avec le processus de globalisation de la gestion la santé, et d'un autre côté avec des processus de décentralisation au sein de l'état français. Deux exemples de cette impossibilité d'un gouvernement extranational : les faiblesses et lenteurs de l'Union européenne, concernant la gestion de la crise sanitaire, notamment en ce qui concerne la négociation de contrats d'achat de vaccins, mais aussi les attentes déçues d'une solidarité internationale et vaccinale à travers le dispositif Covax (Dumont, 2022). Au niveau des institutions nationales, l'irruption de la crise sanitaire a constitué un tournant important dans ce qui apparaît comme un rapport de force entre la nation et les différents niveaux territoriaux, où ces derniers ont critiqué le renversement d'un processus de décentralisation, portant déjà inachevé et défaillant, opéré par l'État. Ainsi, des élus locaux, soutenus par leurs associations vont rapidement dénoncer le « *jacobinisme sanitaire*²⁰ », dans la gestion de la crise. Giraud, Tietze et Noûs (2020) dans leur travail comparatif sur les modalités d'organisation des solidarités sanitaires et territoriales dans différents pays et des arrangements plus ou moins centralisés et plus ou moins pluralistes pour faire face à la pandémie, concluent, pour la France, qu'on a vécu une « *centralisation par défaut* ».

Malgré des configurations positives démontrant une certaine autonomie régionale (articulations et synergies spécifiques entre, par exemple ARS, Conseils Régionaux et/ou Départementaux), pendant la crise sanitaire, le régime centralisé a « *étalé son impuissance et a montré à quel point le maquis institutionnel paralyse les décisions et la capacité à les mettre en œuvre (...)* De manière répétée et en toute chose urgente, les expertises, les autorisations, les matériels, les retours d'expériences, les données, etc. sont arrivés trop tard » (Giraud, Tietze et Noûs, 2020). Ce sont ces logiques centralisatrices, autoritaires et aussi sécuritaires (notamment par la fermeture des frontières nationales) qui amènent des chercheurs à parler de « *biais nationaliste* » (Dumitriu, 2020), « *d'hygièno-nationalisme* » (Geisser, 2020) ou de « *nationalisme sanitaire* » (Dozon, 2020) pour parler d'un retour à un modèle qu'on croyait déjà dépassé.

Dans le champ de la santé publique, c'est aussi le retour à des logiques préventives « *dépassées* » qui brouillent les temporalités des processus à l'œuvre de la démocratisation sanitaire. Dans le champ sanitaire, la brèche temporelle apparaît ainsi comme un « *retour* » à un modèle « *très ancien, archaïque, attesté au sein des sociétés traditionnelles, qui rassemble des pratiques de mise à l'écart, de ségrégation ou d'enfermement à l'endroit de personnes réputées souillées ou impures (Douglas, 1971) ou encore affectées de troubles mentaux, et qui*

²⁰ Geoffard, P.-Y. (2020, 2 septembre). *Opinion | Covid-19 : Les limites du jacobinisme sanitaire*. Les Echos. Consulté le 16 novembre 2023, à l'adresse : <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/opinion-covid-19-les-limites-du-jacobinisme-sanitaire-1238608>

visé, grâce à elles, une certaine protection collective » (Dozon, 2022 :175). Comme nous le rappelle Dozon (2022), ce modèle devient obsolète au cours du XXème siècle et ne se maintiendra que sous la forme de ségrégation et d'enfermement au sein des empires coloniaux pour lutter contre certaines grandes endémies. Il semblerait ainsi que la « brèche temporelle » configure un mouvement temporalisé qui se rapproche de celle du « refoulement » ou de « retour du refoulé », « *dans laquelle l'après-coup devient un moment clé de la réélaboration du passé et de la transformation du présent* » (Dubar, 2008)

Si pour les institutions cette brèche est historicisée par rapport à un certain ordre processuel des rapports de pouvoir et de gouvernance qui allaient vers la décentralisation, la démocratisation sanitaire, la mondialisation, etc., pour les personnes rencontrées dans le quartier les formes d'historicisation de cette brèche se font à partir de l'ordre temporel quotidien modelé par des rapports sociaux et de conditions matérielles diverses. De ce fait, cette brèche temporelle vécue est plurielle et inégale.

D'abord, constatons qu'en milieu populaire aussi le temps s'est arrêtée lors du premier confinement, mais contrairement à d'autres milieux sociaux ce temps n'a pas été autant « enchanté », autrement dit « capitalisé », comme le montrent les travaux de Lambert et Cayouette-Remblière (2021) dans les milieux plus aisés cette brèche a souvent été mise à profit pour « *consolider l'unité du groupe domestique (...) et renforcer les dispositions sociales des plus jeunes à l'entretien du corps et de l'esprit* ».

Comme nous dit une femme dans un focus group : « *La vie s'est arrêtée, il n'y a rien à faire, il faut attendre, attendre, attendre, donc lever, télévision et au lit. Voilà les journées comment elles se passaient* ».

Lors de la discussion avec le groupe de femmes, plus qu'à la sphère professionnelle, par exemple, cette « vie arrêtée » fait notamment référence aux modalités de maintien de sociabilités avec les personnes proches et dans le quartier. Lors d'un focus-group les femmes nous disent :

« *Mais ce qui était dur : d'un seul coup, tout est fermé* »

« *Oui. Moi, j'ai parlé du marché, c'est pas pour dire le marché. Là, le marché, c'est un lieu de rencontres. Les gens, là, tous les mercredis, voilà, ils voient les... Que ce soit les femmes entre elles, que ce soit... Voilà, (on se dit) ' Bonjour. Ça va ? Comment vous allez ?'. Après, d'un seul coup, il n'y a pas... cette communication, il n'y avait pas* ».

Pour les femmes du quartier, l'incertitude et la peur en ce début de pandémie rendent plus tolérables les contraintes du confinement et ses conséquences sur leur sociabilité habituelle :

-*On voyait un peu... les jeunes un peu dehors...*

-*Ils sortaient moins, oui.*

-*On avait peur. On avait peur.*

-*On avait peur au début. Moi, je l'ai vécu... Bon, parce que d'un seul coup, on se retrouve dedans*

-*Oh bah non, (après) tout est rentré dans l'ordre, tout est rentré normal.*

Cette mesure de confinement qui fait rupture temporelle est aussi ressentie sur le plan spatial où une limite trop rigide se crée entre l'intérieur et l'extérieur : « *(Focus group) Ça a*

été dur, mais, bon, quoi faire à l'extérieur ? il n'y a personne, c'est mort, c'est triste. C'est triste tout compte fait. Il n'y a personne, donc... C'est vrai, on restait beaucoup devant la télé. Moi, je ne passais mon temps que devant la télévision par contre. Là, je me suis quand même sentie enfermée. Enfermée et l'interdiction, c'est très dur. Interdit de sortir ». Or il faut aussi comprendre ce vécu à l'aune des formes de sociabilité particulières en milieu populaire urbain, davantage territorialisées et où le voisinage et le quartier en constituent des espaces privilégiés (Kiermes, 2007).

Ce premier confinement a été une épreuve temporelle, celle d'un « temps vide », que les personnes ont dû affronter à partir de diverses stratégies, lesquelles dépendaient de leurs conditions matérielles et sociales, mais aussi relationnelles. Un homme nous dit que pendant le confinement il ne s'est pas senti : *« privilégié, je dirais pas que je l'ai été, parce que bon quand t'es seul, ça pèse la solitude à un moment. Moi j'ai passé 15 jours d'affilée, deux semaines d'affilée où j'ai pas mis les pieds dehors, même pas pour... comme tu vois j'avais pas mal de pain au congélateur... même pas pour descendre ma poubelle. Les journées elles étaient longues. »*

Le confinement est vécu comme une épreuve temporelle qui se situe entre un « avant » et un « après » en référence au devenir individuel mais aussi collectif et lié notamment aux formes de sociabilité du quartier. Il s'agit ici d'une mesure particulièrement contraignante qui est vécue véritablement comme une épreuve individuelle et collective et la forme qu'elle prend est celle de la « rupture », de « brèche » temporelle, tel qu'elle a été signalée déjà par la littérature (Bessin et Grossetti, 2021). Cependant, les propos des habitant·e·s ne s'accordent pas avec l'idée d'une rupture temporelle comme moment d'incertitude pouvant faire émerger un « retour au passé », ou des changements « futurs ». Cette idée de brèche, de rupture avec l'ordre et de « parenthèse », imprégnant l'espace médiatique sont surtout formulées à partir de l'expérience des classes supérieures, fortement dotées en capital culturel et surreprésentées au sein des scènes et dans les tribunes publiques. Chez les personnes rencontrées, si l'on retrouve dans leurs propos ce temps dominé par l'incertitude, il ne s'agit pas d'une ouverture vers des basculements (de l'ordre social) mais plutôt l'idée d'un temps suspendu qui sera suivi par le retour à une normalité, au *statu quo* : *« Ça a rien changé, franchement. Bon après le fait de pas se voir, ça a changé, on se voit un peu moins, on s'est vus un peu moins, mais après ça a pas changé plus que ça. C'est plus le fait de se voir un peu moins, de faire attention quand on se voit. Enfin voilà c'est à ce niveau-là quoi. »*

En effet, pour la plupart des personnes interviewées, plus que de « rupture » il s'agit d'une brèche qui n'a pas été vécue comme une « rupture biographique » ni comme un « basculement » collectif. Comme l'une des femmes le dit, cette brèche temporelle a eu une limite, le dé-confinement, où *« tout est rentré dans l'ordre »*.

L'enquête Coconel, lors de sa première vague fin mars 2020, signalait qu'une très large majorité de la population soutenait le confinement mais que ces opinions étaient différenciées en termes de catégories socioprofessionnelles avec moins de soutien chez les ouvriers que chez les cadres supérieurs et les professions libérales. Après un mois de confinement une très large majorité soutenait encore le confinement (79 %), mais on notait aussi que les dissonances étaient de plus en plus fortes et elles restaient socialement différenciées. Par exemple, l'opinion selon laquelle le confinement serait une mesure

excessive est partagée par 34 % des enquêté·e·s qui étaient confiné·e·s dans un logement surpeuplé (contre 21 % des autres), comme par 35 % de ceux·celles qui éprouvaient des difficultés financières qu'ils·elles imputaient au confinement.

Cette diminution de la tolérance²¹ est liée aux conditions matérielles d'existence, mais elle l'est aussi avec des logiques sociales autres : comme les relations de sociabilité (beaucoup mises en avant par les femmes) ou des contraintes liées aux rapports de genre au sein des familles (les femmes plus 'confinées' *au care* et au travail domestique).

Nous pouvons noter que la tolérance au confinement a non seulement changé au fil du temps mais qu'elle a aussi dépendu des possibilités de le circonscrire dans le temps. Si dans un premier temps la mesure de confinement avait été annoncée pour une durée de 15 jours, elle a par la suite été prolongée à plusieurs reprises. Ce sont donc aussi des formes *d'incertitude temporelle* qui peuvent avoir joué sur les formes d'acceptation de la mesure de confinement. Autrement dit, moins cette mesure était associée à une « brèche temporelle » incertaine et plus elle pouvait être acceptée. « *Bon, après le déconfinement, on revit, on se dit 'ouf, ça va mieux'. Parce que moi, j'ai eu peur que ça dure longtemps. Parce qu'on donnait pas de date au début, on disait 'c'est peut-être tel jour, non c'est peut-être tel jour'. On s'est dit 'ouh là là, juin, les beaux jours arrivent, on fait comment ?'. Et encore, on est encore un peu dans le doute* ».

Concernant d'autres mesures sanitaires nous avons pu observer des formes d'historicisation qui marquent aussi un « avant » et un « après » où des formes de changement sembleraient s'opérer. Moins générales et abruptes que le « confinement », d'autres mesures sanitaires, relevant du modèle contractuel (Dozon, 2020) ou de « biopolitique déléguée » (Memmi, 2004), comme celles de la distance physique semblent avoir opéré des changements dans les modalités corporelles de la sociabilité qui perdurent relativement plus longtemps. Nous reviendrons plus loin sur cette dimension « corporelle » de l'appropriation des mesures, mais ici nous voulions souligner le fait que ce changement dans les pratiques corporelles de sociabilité a été souligné comme un changement « culturel » plus profond. Autrement dit, il y a dans les propos des personnes des formes d'historicisation culturelle qui sont mobilisées dans les formes d'appropriation des mesures sanitaires (par exemple, les propos autour de l'usage du masque revenaient souvent aussi sous la forme de questionnements sur la « culture propre » en comparaison avec celle de « chinois », culturellement « plus disciplinés »).

Lors d'un focus-group, une femme nous dit :

-Et jusqu'à présent. Maintenant, je rencontre des amis... des amis à mes parents, je n'ose pas leur faire la bise. Tout le monde a peur. Moi, j'aime bien faire la bise, mais les gens, ils reculent. (...)

-Chercheuse-animatrice : (...) *On ne fait plus la bise ou on ne fait pas la bise ?*

-C'est fini, ça, ouais.

Une autre femme dit : « *toutes les semaines, je devais garder ma mère, une fois dans la semaine, et il fallait aller chez elle et ne pas faire la bise, ne pas s'approcher. C'était très dur. Et jusqu'à maintenant, ce n'est plus... ce n'est plus ce qu'il y avait avant. Ce n'est plus... Il y a quelque chose qui est parti.* » Mais les mesures sanitaires de lutte contre le covid-19 peuvent aussi servir de base pour une critique à sa propre culture. Lors d'un entretien, un homme dit :

²¹ Nous parlons ici de tolérance dans le sens d'une *attitude* envers la mesure de confinement. Cette attitude ne correspond pas nécessairement à des *pratiques et comportements* de soumission et passivité face à cette mesure.

La bise c'est vraiment un truc qui sert à rien. Peut-être que le confinement va en avoir raison [rire]. (Homme, 41 ans, au chômage).

Ainsi, que ces nouvelles normes de « proxémie » instaurées par les mesures de « distanciation physique » soient bien ou mal vécues et suivies par les personnes, nous pouvons observer qu'elles suivent de formes d'historicisation différentes de celle du confinement, vu comme rupture qui laisse pénétrer le passé ou qui ne change pas le *statu quo*. Ici, le présent sanitaire marque une rupture culturelle qui pourrait (à condition d'une appropriation corporelle) se poursuivre dans un futur, qui reste incertain.

2.2. Synchronisation des temps sociaux et confinement.

La deuxième forme que prend la dimension temporelle dans les modalités d'acceptation des mesures est liée aux formes de synchronisation entre temps sociaux. Ici aussi, c'est notamment la mesure de confinement qui est expérimentée comme « *une épreuve inédite de synchronisation* » (Bessin et Grossetti, 2021) ou d'articulation de temps sociaux relatifs à différentes sphères d'activité. Nous observons ainsi comment il y a, chez les personnes rencontrées, un travail de synchronisation du confinement avec les autres temps sociaux fortement enfreints par cette mesure.

Ainsi, ce travail de synchronisation entre temps sociaux apparaît particulièrement nécessaire avec des moments religieux et collectifs forts, « extra-ordinaires », comme le Ramadan, survenu durant le premier confinement et qui revient dans les propos des habitant·e·s comme un intervalle névralgique à l'intérieur même de la période de confinement. Les femmes d'un focus groupe reviennent sur ce moment : « *Ah pendant le... Nous, pendant le Ramadan, c'est la galère – pour nous. Le Ramadan, il n'y a rien les premiers temps. Pas de farine, pas... Tout est fermé. (..) Ramadan, c'est sacré - C'est sacré, oui- Ah non, c'est sacré. Le pain on le fait à la maison* »

Le mois du ramadan, qui est en lui-même marqué par un bousculement des temps ordinaires (jeûne pendant un mois, inversion des temps sociaux entre le jour et la nuit, prières et célébrations nocturnes, etc.), a été malmené par les mesures de confinement. Sur ces questions, la grande majorité des responsables musulmans en France, toutes tendances confondues, ont poussé leurs fidèles vers une acceptation des mesures, par la fermeture des mosquées, par le conseil d'effectuer les prières nocturnes à domicile, par l'adaptation des cérémonies religieuses, comme la fête très populaire de l'Aïd, aux conditions de sécurité sanitaire et aussi, à la réouverture graduelle des mosquées (à partir de mai 2020) en mettant en place des mesures comme le masque obligatoire et la fermeture des salles d'ablution (Fregosi, 2020).

Si au printemps 2020, la très grande majorité des enquêté·es de l'étude « Épidémiologie et Conditions de vie (EpiCov) a respecté les règles du confinement²², nous observons aussi dans le quartier une acceptation assez importante de la mesure de confinement. « *J'étais malade pendant le premier Ramadan, donc je ne suis pas sortie. Et puis on avait ce qu'il fallait à la maison. Comme on était très peu, on n'avait pas besoin de beaucoup. Donc, non, nous, ça s'est*

²² Seul·es 8 % déclarent être sorti·es pour d'autres motifs que ceux prévus par les autorités ou pour une durée plus longue (Epicov).

bien passé chez nous, il n'y a pas eu de souci. On fait avec ce qu'il y a. Quand il n'y a pas, il n'y a pas ».

Mais nous avons pu observer aussi des arrangements qui passaient par de petits écarts aux normes et par une synchronisation avec d'autres temps sociaux (comme les temps de travail à l'extérieur) : *« Pour moi, le ramadan s'est bien passé. Parce que je sors le matin, je rentre le soir, je fais le manger, c'est bon... les enfants étaient à la maison, mon mari... mais ça s'est bien passé, le ramadan, pour moi. Mais pour les autres... »* (femme de ménage au noir). Une autre femme nous dit : *« Même le soir, quand on sortait juste pour se balader... parce que pendant le ramadan, on est toute la journée à la maison, après on mange, après on est encore à la maison. Il fallait qu'on se dégourdisse un peu les jambes et surtout, faut que ça descende un peu. Alors on faisait le tour du quartier, là-bas. Et nous, on avait l'attestation (...) On se disait, « on ne sait jamais, ils vont nous chercher la petite bête ». On disait « on a l'attestation » et on mettait... parce qu'on avait le droit, à un moment donné, de se balader pendant une heure. Donc on profitait de cette case et on mettait tous les prénoms. On était obligés »* (Femme mariée, 56 ans, 4 filles dont 3 à la maison, reconnue handicapée).

Ces arrangements normatifs basculent plus fortement au moment de la fête religieuse de l'Aïd, vers une moindre tolérance aux mesures restrictives, et même s'il y avait des jauges concernant le nombre de personnes pouvant être présentes dans un même domicile, tel que vu aussi ci-dessus, dans les modes de justification par les relations *« (pour le confinement) il y avait pas la mosquée mais pour l'Aïd, j'ai eu des invités à la maison ! Des visiteurs, oui ! La petite nièce de mon mari est venue chez nous ».*

« On peut aller visiter les familles puisque moi, le jour de l'Aïd, j'étais chez mon oncle qui est assez vieux, mais j'ai... alors, par contre, on est restés dans notre petit système de confinement, donc de peur, par rapport aux autres, donc j'ai quand même appelé. « Pourquoi tu m'appelles », il me dit. Je lui dis « parce que comme il y a... ». « Mais non, qu'est-ce que tu me racontes, le corona, viens, tous mes voisins sont venus. » Donc c'est le plus vieux et ils sont venus. Ils ont fait des gâteaux, comme on fait chez nous, et on s'est distribué les gâteaux. Et moi, je devais pas faire les gâteaux. Mon mari me dit « tu vas aller où ? ». Chez nous, il faut faire les gâteaux au moins pour la famille, pour les enfants. Mais après je dis « non, non, je fais les gâteaux ». J'ai appelé aussi quelqu'un de ma famille qui me dit « n'importe quoi, tout le monde est là, viens ! ». Et du coup, ça c'est comme si on était sortis, pour nous, du confinement ».

« Et même... mais j'oublie jamais ! On vit avec des Français dans des résidences, ils savent bien que l'Aïd, il y a des gâteaux... nous, on vit dans une résidence avec une terrasse au milieu. Pas d'ascenseur, seulement des escaliers, quatre blocs et une terrasse au milieu. Ils savent bien que c'est l'Aïd... les Français trouvent les voisines dehors... J'ai donné des gâteaux aux voisins, ils adorent ! Mais tout le monde était sans masque. Mais l'essentiel, c'est que les policiers pouvaient pas voir de dehors car c'était fermé (Enquêtrice : Le fait qu'il y ait une cour intérieure, les gens y allaient pendant le confinement ?) Non, c'était la première fois que je les voyais. Après le confinement, il y a eu personne jusqu'à l'Aïd où tout le monde est allé dehors ! Les Français, les Arabes » (femme algérienne, sans-papiers, 48 ans, deux enfants, femme de ménage).

D'autres moments collectifs et familiaux ont dû être synchronisés avec le confinement et on y observe d'autres modalités d'arrangement et des écarts à la norme sanitaire. Nous retrouvons aussi des épreuves de synchronisation avec le temps pandémique, lors de temps forts dans le cycle de vie des familles, comme les mariages, les naissances ou les décès. Ainsi, les femmes d'un focus-group nous parlent d'un mariage pendant le confinement : « *Moi, je connais... Bon, on a une copine ici, du quartier, elle a marié sa sœur...Oui, oui... et un T3... elle a un T3, deux chambres, le salon, alors 52 femmes sont venues... à l'intérieur. Je t'assure. Mais, bon, après, c'est vrai qu'il n'y a... (une autre femme dit : Après, corona ! (rire)) Non, non, elles n'avaient pas de corona. Ah non, non, personne n'a eu le corona* ». Ces temps « forts » des cycles familiaux et personnels nécessitent aussi l'aménagement avec d'autres mesures sanitaires, comme la distance physique, qui ont été transgressées lors des événements importants : « *Voilà, une dame qui travaille ici à l'association, elle a perdu sa mère et elle avait perdu son père trois jours avant... on est partis et on s'est retrouvés dans la grande salle chez sa maman, sans protection. Et c'est vrai... tu le penses pas, tu te dis 'voilà'...* ».

Les récits de respect aux normes, dénotent de beaucoup de souffrances liées au manque de marges de manœuvre pour la synchronisation de ces événements avec le temps contraint du confinement qui venait s'ajouter à d'autres mesures sanitaires très restrictives de traitement des décès en début de pandémie. Une femme nous dit : « *Ça fait mal au cœur parce qu'il faut pas mourir aujourd'hui. Parce que nous, quand on a un décès, ce que je racontais à B., c'est que... comment dire, c'est très festif. Sans musique, mais on se retrouve, on fait des grands couscous. Et ça dure trois, quatre jours, le temps qu'on enterre cette personne. Et là, c'est les retrouvailles, les familles, les voisins. (...) Voilà. Mais on se retrouve. Là, du coup, il y a un décès, on peut pas aller justement, parce qu'il y avait le confinement, donc on avait pas intérêt à sortir* ». Pour certains de ces temps familiaux et personnels importants, et quand cela était possible, l'une des modalités de la synchronisation a été le report des événements : anniversaires, retrouvailles familiales, etc. ont été reportés à la fin du confinement.

Mais nous avons pu observer aussi que cette modalité de synchronisation par le report post-confinement, ne se manifeste pas seulement pour les temps collectifs et rituels, mais représente aussi un arrangement pour des formes temporelles de la sphère privée, comme celle du soin. Cette question mériterait d'être davantage approfondie car elle a eu des conséquences sur le recours aux soins. Comme nous dit une femme du quartier : « *le plus petit, juste avant le confinement, avec la pédiatre du service social, la PMI, on a découvert qu'il ne marchait pas bien. Il y avait besoin de faire des massages et tout donc on a recherché un spécialiste, mais le confinement nous a obligés à tout reporter* ». En effet, le renoncement aux soins, notamment par les personnes de milieu populaire, motivé par la peur d'être contaminé·e·s, par des sentiments d'illégitimité dans la demande de soins, mais aussi par le manque d'informations concernant les encadrements politiques et administratifs pendant la période²³, ont eu comme effet une forte baisse de l'activité dans les cabinets de médecine de

²³ A la mi-mars 2020, des décrets et dispositifs, comme l'activation des plans blancs dans les établissements de santé, ont notamment visé à limiter les flux des patients dans les hôpitaux et cabinets médicaux, la déprogrammation des soins non urgents, l'élargissement de la télémedecine et le renouvellement de traitements. Mi-Avril 2020 les autorités sanitaires ont incité inversement les personnes nécessitant un suivi médical à (re)consulter leur médecin traitant.

ville²⁴ (Bloy et Sarradon-Eck, 2022) que la télémédecine ne semble pas avoir pu pallier, au moins en milieu populaire.

La synchronisation des temps sociaux a été aussi vécue comme une stratégie nécessaire aux relations au sein des familles et au maintien de ressources économiques, scolaires et relationnelles de la famille. Comme le révèlent souvent les propos des femmes, et comme nous avons pu le voir concernant les régulations intra-familiales, les écarts individuels à la mesure de confinement semblent ainsi une stratégie dans la tentative de synchroniser avec les temps familiaux et conjugaux. Les stratégies de régulation des relations sont elles-mêmes temporelles. Si les mesures imposent des cadres temporels (comme, par exemple, sortir pendant moins d'une heure pendant le confinement) le temps devient aussi une variable d'ajustement qui permet d'appliquer les consignes en les adaptant à un rythme de vie propre lors du confinement.

Le premier confinement, qui pourrait être vu comme un enveloppement total du « temps domestique » sur d'autres temporalités, n'a pas finalement échappé à d'autres rythmes dictés par des temporalités institutionnalisées (comme les temps scolaire ou de travail). Le temps domestique a dû alors composer, au sein des foyers, avec ces autres temps sociaux.

Concernant les temps « productifs », de travail en dehors de la sphère domestique, les synchronisations avec un temps domestique sont peu évoquées dans nos entretiens. Cela peut être expliqué par les types de métier et conditions de travail des habitant·e·s du quartier. Nous n'avons pas d'entretiens avec des personnes effectuant du télétravail. Les personnes du quartier sont surreprésentées dans les emplois de service précaires (chauffeurs, maçons, livreurs, caissières, femmes de ménage, aides-soignantes). En période de confinement, l'impossibilité de télétravailler pour une grande partie de ces professions manuelles signifie que les salarié·es du quartier sont davantage sorti·e·s de chez eux·elles pour aller travailler, que certains sont passés à du travail partiel, perdant ainsi une partie de leurs revenus, voire ont perdu leur travail (Millet et Thin, 2005; Lambert et al., 2021) puisqu'en effet, plusieurs d'entre eux·elles pratiquent un travail informel. Selon les données de l'INSEE (2018) dans le quartier du Grand Mirail, seuls quatre habitants sur dix en âge de travailler (15-64 ans) ont un emploi et lorsqu'ils occupent un emploi, il s'agit deux fois sur dix d'un emploi précaire (CDD, intérim, etc.).

C'est d'ailleurs cette présence à la maison durant le confinement, qui en contexte de perte de revenus pour des familles déjà dans des situations très précaires, devient une épreuve majeure et source de conflits. Comme pour cette femme qui, venant tout juste d'arriver en France, habitait dans un foyer avec son mari et ses deux enfants au moment du premier confinement : « *Sans argent, sans papier, sans rien du tout, c'est pas facile. Avec le confinement, on n'a rien du tout !* ».

Concernant les synchronisations des temps sociaux chez les familles avec enfants, le confinement oblige à une cohabitation longue et certains réaménagements sont nécessaires pour structurer et occuper le temps des enfants auparavant pris en charge par l'école, les modes de gardes ou les activités extérieures. Si la famille est « *une vaste entreprise de*

²⁴ Selon les calculs de l'Assurance Maladie il y a eu une baisse d'activité dans les cabinets médicaux d'environ 40 % de mi-mars à mi-avril 2020.

socialisation au temps » (Pronovost, 2009), de nombreuses contraintes et temporalités institutionnelles interviennent dans cette socialisation. Il faut apprendre aux enfants à se lever pour l'école, à être à l'heure à leur soutien scolaire ou à leur match de foot, ou encore à prendre le temps de faire leurs devoirs à la maison pour envisager l'accès à une filière d'étude ou à un emploi valorisé. En retirant le temps-cadre de l'école ou des garderies, le confinement bouscule et transforme ce travail de socialisation temporelle, c'est-à-dire de transmission de rythmes et de modes de projection dans l'avenir qui incombe aux parents.

Les temps qui structuraient la vie sociale à l'extérieur de la maison, dès lors qu'ils se replient vers l'intérieur du domicile, ont été réaménagés sans pour autant avoir disparu. Pour les familles de milieu populaire notamment, le confinement peut être appréhendé comme une période à risque de « décrochage scolaire ». Les risques identifiés par les familles aux normes éducatives tendues vers la réussite scolaire, que l'on retrouve dans les classes populaires stabilisées du quartier, dotées de stratégies d'ascension sociale et d'un capital culturel important, concernent l'oisiveté des enfants et, plus généralement, la perte de connaissances et de repères pendant le confinement. « Céder » sur la structuration temporelle des journées risque, à leurs yeux, de réduire à néant les efforts entrepris auparavant pour faire acquérir des dispositions scolaires aux enfants. Fragile, l'instruction acquise leur apparaît devoir être défendue, leur position sociale et leurs capitaux ne leur donnant que rarement accès à une deuxième chance.

Face à une telle situation, le dilemme consiste alors à produire des arrangements temporels qui se jouent entre un « tenir » ou un « céder ». Les familles de classe populaire dotées en capital culturel entendent maintenir le cap et faire en sorte que les efforts consentis avant la pandémie ne soient pas perdus. Ainsi une mère, marocaine, sans emploi, arrivée récemment en France avec son mari et ses trois enfants de dix, six et un an et demi s'applique à « tenir » malgré les difficultés, car elle ne veut pas sacrifier l'investissement éducatif patiemment mis en place et dont elle estime qu'il produit des effets : « *J'ai fait tout ce que j'ai pu pour ne pas perdre tout ce qu'on a travaillé pendant des années et des années* ». Elle ajoute : « *Je préfère qu'ils se disputent plutôt qu'ils passent leur temps à deux, à trois devant un écran* ». Car le danger fréquemment cité dans les entretiens est bien là : l'augmentation du temps passé devant les écrans. On sait par ailleurs que le contrôle du temps passé devant la télévision et des contenus des programmes regardés augmente avec le niveau scolaire de la mère (Neveu, 1999).

Cependant, et notamment quand les enfants sont plus âgés, les familles semblent « céder » davantage, ce qui passe par une renégociation des temps familiaux et scolaires, dont le but est souvent la pacification des relations familiales. Une mère de famille monoparentale de 59 ans, confinée avec son fils de 19 ans, a ainsi laissé ce dernier décaler ses horaires de coucher et de lever, au point qu'il finit par rester éveillé presque toute la nuit et dormir le jour. Elle s'explique : « *J'ai acheté un casque antibruit parce que je n'arrive pas à dormir à cause de la télé, des jeux. Les jeux ! Je mets le casque parce qu'il joue avec ses copains, il parle avec eux par la PlayStation et à certains moments, il crie avec eux, et c'était pas facile pour me reposer. Il dort la journée et il veille toute la nuit. [...] Je fais les courses, je ramène des choses pour lui, pour qu'il s'ennuie pas. J'ai acheté le casque, malgré que j'aie pas les moyens, pour lui, pour qu'il... pour qu'il ait son confort. Il a sa Play, il a sa chambre, sa salle à manger. Je l'engueule pas s'il lave pas son verre, je veux pas des tensions ou des disputes.* »

Ainsi, nous pouvons observer différents types de stratégies de synchronisation (et donc d'appropriations) de la temporalité imposée par le premier confinement. Outre les transgressions aux mesures temporelles survenant généralement quand celles-ci se heurtaient à des dates et moments symboliques et collectifs importants, nous avons pu constater des modulations et des compositions temporelles plus quotidiennes et nuancées : le report de certaines pratiques ou activités, les négociations temporelles intra-familiales concernant les temps scolaires, les prolongements temporels de certaines activités (comme sortir davantage pendant l'heure autorisée) au détriment d'autres, etc. Nous avons pu observer aussi des stratégies de synchronisation liées à des protections sanitaires temporelles adoptées par les personnes elles-mêmes, comme le fait de sortir tôt le matin pour croiser moins de gens : *« Je sors de bonne heure, comme ça je fais mes courses, je fais le nécessaire parce que j'ai un enfant à la maison, il faut qu'il mange, il faut qu'il ait son confort, sinon il va se révolter encore ! « I., t'inquiète pas, calme-toi, point barre. » Et c'est comme ça, je sors de bonne heure, je mets le masque, le gel s'il y en a pas, j'achète des lingettes... »*.

Ainsi, la synchronisation des temps sociaux apparaît comme une forme d'appropriation de la mesure de confinement. Si dans le quartier l'opposition « en pratique » et ouverte à la mesure de confinement est très faible, on observe des logiques d'inflexions pour accommoder cette temporalité contrainte à d'autres temps sociaux.

Ce travail de synchronisation par « le bas » a aussi été mené « par le haut ». En témoigne l'adoucissement des mesures lors des confinements qui ont succédé au premier. Les deux confinements « partiels » vécus fin 2020 et 2021 témoignent d'une volonté des décideurs politiques de rendre les mesures plus « acceptables » face aux « coûts sociaux » trop importants du premier confinement.

Le 28 octobre 2020, le président français annonce le déclenchement d'un second confinement national, pour une durée d'au moins quatre semaines, avec une réévaluation tous les quinze jours. Les modalités du confinement sont précisées dans le décret publié le 30 octobre au Journal Officiel. Si plusieurs restrictions restent intactes, nous observons une nécessaire synchronisation avec des autres temps sociaux, notamment avec les temps « productifs » et scolaires : les crèches, les écoles, les collèges et les lycées restent ouverts avec des protocoles sanitaires renforcés (port du masque obligatoire à partir de 6 ans, notamment) ; l'activité dans les établissements d'enseignement supérieurs, le travail en usine, les exploitations agricoles, le bâtiment et les travaux publics peut continuer; les guichets des services publics restent ouverts ; les visites en maisons de retraite et en EHPAD restent autorisées dans le strict respect des règles sanitaires ; et les espaces verts (parcs, jardins...), les plages, les plans d'eau et les lacs restent ouverts, entre autres. Nous observons donc une évolution importante dans les orientations stratégiques en termes de gestion de l'épidémie.

Ainsi, il y a trois différences de taille par rapport au premier confinement. Tout d'abord, la scolarisation des enfants qui desserre la pression sur l'occupation des logements en journée, limite le décrochage scolaire des familles les plus éloignées du système scolaire et allège la charge domestique et mentale des parents. Ensuite, les guichets de l'État social, des administrations et services publics ont reçu l'ordre de rester ouverts, facilitant, là encore, l'accès à l'aide institutionnelle et à ses dispositifs exceptionnels pour les populations précaires,

plus touchées par la pandémie et ses conséquences économiques et sociales, mais aussi davantage exclues par la dématérialisation des services publics. Enfin, les emplois impossibles à effectuer en télétravail sont autorisés à se poursuivre, et il est possible que le choc pour l'emploi des ouvriers salariés – dont la moitié ont été mis à l'arrêt lors du premier confinement – soit moindre.

Nous voyons comment le modèle de la contrainte du premier confinement a suivi une modulation et une nécessaire articulation avec le modèle contractuel (Dozon, 2022), produisant un changement dans le modèle de prévention, passant d'un modèle contraignant à un modèle hybride, donnant davantage de libertés et visant les responsabilités individuelles. C'est aussi dans la nécessaire synchronisation par « le haut » qu'est cherchée une meilleure harmonisation entre les différents temps sociaux (religieux, scolaire, temps productif, etc.). Une femme du quartier nous dit sur le deuxième confinement : *« Puis les gens se sont habitués. Au deuxième confinement, les gens s'étaient habitués. C'était en novembre ? Je travaillais dans une boulangerie. C'était bien pour nous, chaque dimanche on nettoyait la boulangerie, de huit heures à huit heures ».*

Si les mesures de confinement se sont adoucies, c'est aussi par la recherche, de la part des autorités publiques, à regagner la confiance de la population. Comme une femme nous dit : *« Non, le deuxième normal, c'était normal. On était plus soft...D'ailleurs je sortais plus même. Je sortais plus. C'était plus soft. Et...Bon ce n'était pas plus...ce n'était pas pire qu'avant...Ce n'était pas mieux qu'avant. C'était "Bon, on va le faire et on verra où ça mènera". Mais moi personnellement, j'ai été moins convaincue pour le 2^{ème} et le 3^{ème} ».*

Ce changement apparaît comme une inflexion importante dans les récits des habitant·e·s où les deuxième et troisième confinements peuvent sembler teintés d'une certaine normalisation, normalisation liée à des formes d'apprentissage biographiques (mais aussi institutionnels). Un homme (49 ans, divorcé, chômage) constate : *« pour moi ça a été plus dur au premier. Après y a eu comme une forme d'habitude. Comme on a appris du premier confinement, tu sais, on le gère un peu mieux le deuxième. On le gère un peu mieux et puis pour le deuxième confinement je suis quand même sorti moi. Je faisais l'attestation, je sortais, tu vois je... je me suis pas isolé comme le premier ».*

2.3. Apprentissages biographiques et institutionnels

Finalement, c'est dans des formes d'inscription biographique et de formes d'apprentissages des normes sanitaires que la dimension temporelle est engagée dans l'appropriation des mesures. Ici, il s'agit d'une temporalité accumulée (mais non nécessairement linéaire) de la période pandémique qui a joué sur des formes d'« apprentissage » sanitaire des habitant·e·s, mais aussi des institutions.

Il est également intéressant de noter que durant la pandémie, une constante évolution des mesures au fil des connaissances scientifiques sur le virus et des évaluations de la gestion a eu lieu. Ainsi parfois le simple fait de déposer un recours permettait l'amélioration de l'administration. Entre population (générale) mécontente car dans une incompréhension de la situation et un gouvernement devant répondre à sa demande, ce dernier a pu faire l'objet de nombreuses critiques. En témoignent ces quelques chiffres : près de 650 recours au Conseil

d'État (conseiller juridique du gouvernement) étaient liés à la pandémie. Une cinquantaine de recours ont poussé le CE à ordonner des mesures ou suspendu des actes du gouvernement. Lorsque la requête était rejetée, des solutions et des avancées concrètes ont pu être obtenues dans plus de 200 recours.

Un détour sur les modulations temporelles par « le haut » permet donc d'appréhender les formes d'acquisitions cumulatives des « apprentissages institutionnels » concernant diverses mesures sanitaires, ainsi que les acteur·ice·s du champ juridique (im)mobilisé·e·s.

2.3.a. Les juges garants de la proportionnalité des mesures privatives de libertés : un gage d'acceptabilité ?

A l'occasion des divers confinements et de la mise en œuvre de mesures restrictives de libertés les pouvoirs publics ont actionné plusieurs registres de prises de décision (1) lesquelles tombaient sous le contrôle du juge quant à l'évaluation de leur proportionnalité à la restriction de liberté. La mise en œuvre de ces mesures a reposé sur les équilibres de pouvoir et de contrôle de nos institutions (2).

-La nature des mesures privatives de liberté.

Le gouvernement, durant la crise du Covid-19 a eu recours à différents mécanismes dans la prise de décision : mesures incitatives et mesures coercitives. L'analyse à rebours de l'état d'urgence sanitaire déployé durant l'épidémie de COVID19 permet de démontrer que les pouvoirs publics ont, de longue date, anticipé le risque qu'une épidémie apparaisse et vienne menacer nos sociétés, et ce peu importe les époques. Le droit de la santé a depuis longtemps prévu que des dérogations soient possibles en cas de crise sanitaire majeure et notamment si celle-ci devait atteindre un niveau de gravité exceptionnel. La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique prévoyait à son article 8 des mesures exceptionnelles « lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe et que les moyens de défense locaux sont insuffisants ». La jurisprudence administrative a également dégagé la théorie des circonstances exceptionnelles dont les conditions ont été posées à l'occasion de deux arrêts rendus par le Conseil d'État (CE) pendant la Première Guerre mondiale (CE 28 juin 1918, Heyriès, req. n° 63412 et CE 28 févr. 1919, Dames Dol et Laurent, req. n° 61593). Elles donnent à l'administration des pouvoirs de police importants à condition que les circonstances relèvent d'une situation véritablement exceptionnelle c'est-à-dire qui revêt un caractère de gravité, d'anormalité et d'imprévisibilité tout en ayant rendu inenvisageable le respect de la légalité normale.

Deux crises sanitaires ont malheureusement mis en exergue les lacunes de ce système. En 2003, la pandémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la forte canicule ayant causée quinze mille décès ont impulsé l'adoption de la loi du 5 mars 2007 qui introduit un nouveau titre au sein du Code de la santé publique (CSP) intitulé « Menaces sanitaires graves ». Le nouvel article L.3131-1 du CSP « autorisait le ministre de la Santé à prescrire "toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population " ». C'est donc sur le fondement de cet article et sur la théorie des circonstances exceptionnelles que le confinement a été imposé par un décret du 16 mars 2020.

Une semaine plus tard la loi du 23 mars 2020 dite « d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 » fut adoptée et est venue enrichir la première loi de 2007 tout en mettant en place un nouvel état d'urgence sanitaire. Dans sa rédaction à jour de la loi du 1er août 2022 mettant fin à l'état d'urgence sanitaire, l'article L.3131-1 du CSP dispose qu'en cas « de menace sanitaire appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie », le ministre chargé de la Santé est autorisé à prendre toute mesure réglementaire ou individuelle relative à l'organisation et au fonctionnement du système de santé (1°) ou des mesures de mise en quarantaine ou de déplacement et de maintien en isolement (2°). Le ministre, qui n'est en temps normal compétent pour exercer le pouvoir réglementaire que sur les agents et les usagers de ses services, peut désormais exercer ce pouvoir sur l'ensemble de la population lui offrant ainsi une compétence particulièrement étendue. L'article rajoute que les mesures prises « sont strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieux » et qu'elles prennent fin « sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires ». Mais la plus grande nouveauté de la loi du 23 mars 2020 est la mise en place de l'état d'urgence sanitaire dont les dispositions prévues à L.3131-12 du CSP ont depuis été supprimées suite à la loi du 1er août 2022. Dans sa rédaction initiale de 2020, la mesure exceptionnelle qu'était l'état d'urgence sanitaire pouvait être déclarée « sur tout ou partie du territoire [...] en cas de catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population. ». L'état d'urgence sanitaire est donc mis en œuvre « quand la situation est passée de menaçante à catastrophique ». Seul le législateur pourra décider de le prolonger au-delà d'un mois et ce sera aussi à lui d'en fixer la durée. La déclaration de l'état d'urgence sanitaire rend obligatoire la création d'un comité de scientifique dont le président est nommé par le président de la République et dont deux membres sont respectivement nommés par le président de l'Assemblée nationale et le président du Sénat. Prévu à l'article L.3131-19 du CSP avant qu'il ne soit abrogé, il s'agissait d'une instance consultative dont le rôle était de conseiller les instances publiques en vue d'orienter la politique sanitaire. Deux types de mesures peuvent donc être prises. Les premières sont des mesures générales susceptibles de s'appliquer à tous. Elles sont prises par décret réglementaire du Premier ministre sur rapport du ministre de la Santé. Les secondes sont des mesures réglementaires prises par le ministre de la Santé par arrêté motivé qui ont vocation à s'appliquer à l'organisation et au fonctionnement du dispositif de santé, ainsi que toute mesure individuelle nécessaire à l'application des mesures prescrites par le Premier ministre (ex L.3131-16). Dans les faits, on a constaté que la plupart des décisions principales ont été prises par le Président de la République le plus souvent après réunion du Conseil de défense. L'état d'urgence sanitaire a ainsi été prolongé jusqu'au 1er août 2022.

Dans ces conditions dérogatoires du droit commun, les pouvoirs publics ont donc pu déployer des mesures coercitives. Le pouvoir coercitif ici se réfère à la capacité du gouvernement à influencer ou à contrôler le comportement d'autrui en utilisant la force, la menace ou des sanctions. Il repose sur l'idée que si les individus ou les entités ciblées ne se conforment pas aux demandes ou aux directives, des conséquences négatives seront imposées telles que des sanctions pénales, amendes, sanctions économiques, actions disciplinaires, etc. Le pouvoir incitatif quant à lui se rapporte à la capacité du gouvernement à influencer le comportement d'autrui en offrant des récompenses, des avantages ou des incitations positives. L'idée sous-jacente est que les individus seront plus enclins à agir d'une certaine manière s'ils anticipent des bénéfices positifs en résultant. Durant la pandémie ces deux dispositifs ont été utilisés par

les pouvoirs publics sans qu'il puisse être démontré que l'un ou l'autre ait eu plus d'influence sur l'acceptabilité des diverses mesures.

Il semblerait toutefois qu'une analyse chronologique permette de corréliser les évolutions des dispositifs plutôt au regard des connaissances scientifiques et de l'état de l'art. En effet, au début de l'épidémie, alors même que les connaissances sur le virus faisaient encore l'objet de nombreuses controverses, le gouvernement a d'abord mis en place un mécanisme incitatif concernant les mesures d'hygiène et le port du masque. Aucune mesure n'était obligatoire, néanmoins les efforts ont porté sur l'accès à des informations. Au fil de l'acquisition des connaissances sur les modes de transmission du virus, les mesures préventives ont connu une évolution. Effectivement, dans un premier temps, le port du masque et la vaccination n'étaient pas obligatoires, la population était seulement sensibilisée au fait qu'ils pouvaient permettre de mieux lutter contre la propagation du virus. Ce n'est qu'à compter du décret du 17 juillet 2020²⁵ que son port est devenu obligatoire (à partir du 20 juillet 2020) dans les lieux clos sous peine d'amende, légitimant des contrôles de police réguliers.

Le vaccin quant à lui, n'a jamais été explicitement obligatoire, et ce jusqu'au mois de mai 2023²⁶. Le mode incitatif a été choisi afin de permettre à chacun, théoriquement, de faire ses propres choix pour sa santé. En adéquation avec le principe de proportionnalité les pouvoirs publics n'ont pas souhaité imposer la vaccination mais ont tout de même réduit le principe d'aller et venir pour les personnes non-vaccinées. De fait, en adoptant des mesures adaptées pour la sauvegarde de la santé collective, la vaccination s'est imposée à ceux qui souhaitaient pouvoir avoir accès à certains établissements ou encore voyager.

Ainsi, les modes de régulation par le haut ont essentiellement reposé sur la préservation de la santé collective basée sur une évaluation du risque qui a nécessairement fluctué au grès des découvertes scientifiques. C'est bien cet enjeu de « stabilisation » de la connaissance scientifique qui a été au cœur de la stratégie de lutte contre la COVID 19²⁷ au risque de faire apparaître comme incohérentes les différentes injonctions. Nous touchons ici la limite du droit en train de se faire qui n'a eu d'autre choix que de se baser sur l'expertise scientifique et de procéder à l'édiction de règles générales peu territorialisées et n'intégrant pas spécialement la dimension de la vulnérabilité des certains citoyens. La régulation verticalisée accompagnée de flottements sur le bien-fondé de ces mesures, dont les messages ont également été particulièrement brouillés par les prises de parole médiatiques, ont sans doute eu des influences sur l'acceptabilité des mesures notamment dans les quartiers populaires. La contribution de ces différentes mesures à la lutte contre l'épidémie et leur positionnement entre obligation et incitation ont donc participé à la redéfinition de ce que l'on peut qualifier

²⁵ Décret n° 2020-884 du 17 juillet 2020 modifiant le décret n° 2020-860 du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé

²⁶ Décret n° 2023-368 du 13 mai 2023 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la covid-19 des professionnels et étudiants

²⁷ [TOME VIII-N°1 | 2019 L'OPECST, trente ans d'évaluations des choix scientifiques et technologiques au Parlement](#) - DOSSIER : L'OPECST, trente ans d'évaluations des choix scientifiques et technologiques au Parlement – Addendum - De l'expertise scientifique à la décision publique. Quel avenir pour l'OPECST ? - Pour une approche scientifique du monde social et de la vie politique - Virginie Tournay - <https://doi.org/10.4000/hrc.4633>

d'ordre public sanitaire (Renard, 2021) et au rôle attendu des pouvoirs publics centraux et locaux dans leur mode de régulation.

-La mise en œuvre des mesures privatives de liberté.

Comme nous l'avons précédemment noté, la liberté d'aller et de venir a été la liberté la plus impactée : « La période de six semaines de confinement de la population pendant la pandémie du Covid-19 en 2020 a aussi fait prendre conscience de la facilité de mouvement et de la privation que sa suspension entraîne »²⁸. Cette liberté est garantie en France sur la base de principes généraux, tout en n'étant pas absolue puisque des restrictions peuvent y être apportée au regard de l'ordre public.

La liberté d'aller et venir permet à tous les citoyens de circuler en France ou dans l'ensemble des pays membres de l'espace Schengen. Le Conseil constitutionnel considère que la liberté de circulation est protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789. La liberté est ainsi « un droit naturel et imprescriptible » comme l'a rappelé le Conseil Constitutionnel dans sa décision rendue en 2021 pendant la période de pandémie.²⁹ Toutefois, certaines exceptions peuvent être faites à cette liberté³⁰ : le droit de propriété empêche les non-proprétaires de pénétrer dans un domicile privé sans autorisation, les prisonniers sont privés de leur liberté de circulation le temps de leur peine ; les gens du voyage, en raison de leur mode de vie, étaient soumis à des obligations spécifiques, les étrangers sont limités par la souveraineté des États qui posent des conditions pour l'entrée des étrangers sur le territoire avec les visas, les règles de l'espace Schengen permettent de rétablir temporairement des contrôles aux frontières en cas de menace pour l'ordre public. C'est sur cette dernière catégorie que les règles exceptionnelles adoptées pendant la période de COVID19 se sont fondées. En effet, de manière traditionnelle l'ordre public est une fonction régaliennne, relevant de la compétence de l'État et par voie de conséquence de ses services déconcentrés (ARS). Ce découpage a été celui respecté pendant la période de COVID19 laissant aux collectivités territoriales, comme les communes les régions leurs compétences classiques en matière de santé publique³¹. L'ordre public se définit comme « l'ensemble des règles obligatoires qui touchent à l'organisation de la Nation, à l'économie, à la morale, à la santé, à la sécurité, à la paix publique, aux droits et aux libertés essentielles de chaque individu »³². Durant la période de crise sanitaire l'articulation entre les pouvoirs de l'Etat et ses services déconcentrés a dû être clarifiée³³ afin de s'assurer de l'effectivité des mesures prises et les pouvoirs des Maires ont été étendus (Némery, 2020) en particulier leurs pouvoirs de police³⁴. Ainsi c'est de concert, que ce soit concernant la mise en application sur les territoires des mesures ou pour leur contrôle, que les différents échelons de pouvoir se sont exercés sur le territoire français, comme par exemple le préfet du Tarn-et-Garonne qui a interdit au public « tous les parcs et jardins municipaux, les voies pédestres et cyclables des

²⁸ Xavier Bioy, Liberté d'aller et venir dans *"Droits fondamentaux et libertés publiques"* 6e édition, Paris, 2020.

²⁹ Conseil Constitutionnel Décision n° 2021-824 DC du 5 août 2021

³⁰ Fiche liberté de circulation site Vie Publique <https://www.vie-publique.fr/fiches/23877>

³¹ Olivier Renaudie, Santé et territoires in Titre VII (revue en ligne u Conseil Constitutionnel), N° 11 "Santé et bioéthique", octobre 2023

³² <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/ordre-public.php>

³³ Pierre Villeneuve, Covid-19 et ordre public sanitaire, LA SEMAINE JURIDIQUE – ÉDITION ADMINISTRATIONS ET COLLECTIVITÉS TERRITORIALES N° 12. 23 MARS 2020

³⁴ Article L3136-1 Code la santé publique précité

berges de canaux et cours d'eau, les zones de loisirs, les sentiers de randonnée balisés » (arrêté n° 82-2020 du 19 mars 2020, art. 1er), quand celui d'Ille-et-Vilaine a prohibé le déplacement « sur les plages du littoral, les espaces de promenade balnéaires, l'espace naturel de la pointe du Grouin, les digues, les cales de mise à l'eau des bateaux, les chemins de halage, les bords du Rance et sur les rives des plans d'eau intérieurs » (arrêté du 1er avril 2020, art. 1er). Le déploiement du dispositif de médiation COVID mis en œuvre dans le quartier du Mirail par l'ARS Occitanie est un dispositif original en ce qu'il ne constitue pas une mesure de restriction de liberté supplémentaire mais, *a contrario*, un dispositif d'accompagnement visant à mieux faire comprendre les mesures restrictives et à en assurer l'acceptabilité (pour une description du dispositif voir supra). Ainsi, le Conseil Constitutionnel conformément à sa mission de garantir la conformité de la loi à la Constitution, a fait reposer ses analyses de restriction des libertés sur la proportionnalité des mesures adoptées au regard des besoins de protection de la santé publique

-Le confinement et le couvre-feu.

Afin de faire face à l'épidémie et de réduire la propagation du virus, ce sont en premier lieu des mesures de confinement qui ont été mises en place suivies de couvre-feux. Ces mesures sont celles ayant le plus porté atteinte à la liberté d'aller et venir puisqu'elles ont limité les déplacements des citoyens aux exceptions juridiquement prévues et ce dans un périmètre restreint. L'établissement de ces mesures a été justifié par le respect de l'ordre public et validé par le Conseil constitutionnel saisi plusieurs fois de la question Ces mesures ont toutefois fait l'objet de controverses juridiques quant à leur légitimité (Dounot, 2023).

Ces mesures se sont étalées entre le 17 mars 2020 et le 2 mai 2021 selon des processus différenciés. Le premier confinement, du 17 mars au 11 mai 2020, a été qualifié de national. Il a imposé à l'ensemble de la population une interdiction d'aller et de venir à l'exception de déplacements spécifiques mentionnés dans l'attestation de déplacement publiée par décret le 23 mars 2020³⁵. Ces mesures se doublent de la restriction de la possibilité de se rassembler³⁶

³⁵ 1° Trajets entre le domicile et le ou les lieux d'exercice de l'activité professionnelle et déplacements professionnels insusceptibles d'être différés ;

2° Déplacements pour effectuer des achats de fournitures nécessaires à l'activité professionnelle et des achats de première nécessité dans des établissements dont les activités demeurent autorisées par l'article 8 du présent décret ;

3° Déplacements pour motifs de santé à l'exception des consultations et soins pouvant être assurés à distance et, sauf pour les patients atteints d'une affection de longue durée, de ceux qui peuvent être différés ;

4° Déplacements pour motif familial impérieux, pour l'assistance des personnes vulnérables et pour la garde d'enfants ;

5° Déplacements brefs, dans la limite d'une heure quotidienne et dans un rayon maximal d'un kilomètre autour du domicile, liés soit à l'activité physique individuelle des personnes, à l'exclusion de toute pratique sportive collective et de toute proximité avec d'autres personnes, soit à la promenade avec les seules personnes regroupées dans un même domicile, soit aux besoins des animaux de compagnie ;

6° Déplacements résultant d'une obligation de présentation aux services de police ou de gendarmerie nationales ou à tout autre service ou professionnel, imposée par l'autorité de police administrative ou l'autorité judiciaire ;

7° Déplacements résultant d'une convocation émanant d'une juridiction administrative ou de l'autorité judiciaire ;

8° Déplacements aux seules fins de participer à des missions d'intérêt général sur demande de l'autorité administrative et dans les conditions qu'elle précise.

³⁶ Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020, article 7

ainsi que de l'obligation de fermeture de plusieurs établissements recevant du public³⁷. Cette situation demeure inédite dans notre histoire contemporaine et n'a pas été remise en question par le Conseil constitutionnel³⁸ auquel les diverses Lois d'urgence sanitaire ont été soumises. Il a ainsi estimé que « les mesures susceptibles d'être prononcées dans le cadre de ce régime ne pouvaient être prises que dans l'intérêt de la santé publique et aux seules fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19. Elles devaient être strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu. Il devait y être mis fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires »³⁹. Ces mesures strictes n'avaient donc pas vocation à perdurer dans le temps et se devaient d'être proportionnées à l'état des connaissances scientifiques, c'est pourquoi au vu des données sanitaires disponibles elles ont été réévaluées lors du second confinement (30 octobre au 14 décembre 2020) sous la forme d'un assouplissement avec notamment des motifs de déplacement élargis. Le troisième confinement a été décrété⁴⁰ entre le 3 avril et le 3 mai 2021 étendant les mesures préalablement imposées à 19 départements, dont ne faisait pas partie la Haute-Garonne. Les établissements scolaires sont de nouveaux fermés et des limites kilométriques imposées pour les déplacements. Ce nouveau confinement place de nouveau le pays sous le double régime du confinement diurne et du couvre-feu nocturne (de 19h à 6h).

Les mesures de couvre-feu ont complété ces dispositifs de manière épisodique durant la période mais également de manière plus territorialisée. Sur la commune de Toulouse un couvre-feu spécifique a été décrété par le président de la République à compter du 17 octobre 2020 avant que celui-ci soit étendu au territoire métropolitain le 20 décembre 2020 jusqu'en juin 2021.

Ces mesures d'entrave à la liberté d'aller et de venir des individus (sains comme malades), est exceptionnelle et a pu être considérée d'une efficacité contestable (Bendavid et al., 2021). Elles constituent une véritable entrave à la liberté de circulation, qui est interdite en dehors de cas limitativement énumérés par la loi, que les pouvoirs publics ont estimé comme nécessaire afin de préserver la santé collective. Elle s'est doublée d'une délimitation de la liberté, dans le temps et dans l'espace. La limite du déplacement a d'abord été fixée à 1 km autour du domicile et durant une heure seulement (1er et 2e confinements), puis a été portée, lors du 3e confinement, à 10 km pour les promenades (Décret n° 2021-384 du 2 avril 2021, art. 2), mais reste bornée à 1 km « pour les besoins des animaux de compagnie » (*Ibid*), tout en offrant la possibilité dans certains cas (service public, culte, manifestations) de circuler « dans les limites du département de résidence de la personne ou, en dehors de celui-ci, dans un périmètre de 30 kilomètres autour de son domicile » (*Ibid*). Cette mesure générale a pu se doubler de « mesures individuelles ayant pour objet la mise en quarantaine, le placement et le maintien en isolement » (L. 3131-1 code de la santé publique).

Ces mesures, s'appuyant essentiellement sur les chiffres produits par Santé Publique France, ont visé à réduire au maximum les effets de la contamination et par voie de conséquence à

³⁷ Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020, article 8

³⁸ Décision n° 2020-799 DC du 26 mars 2020

³⁹ Conseil Constitutionnel, Rapport d'activité - Crise de la covid-19, accessible à <https://www.conseil-constitutionnel.fr/rapport-activite-2022-numerique/dc-crise-covid-19.html>

⁴⁰ Décret n° 2021-384 du 2 avril 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

minimiser l'engorgement des établissements de santé. Bien que s'appuyant sur l'intérêt supérieur de la préservation de la santé de tous, de nombreuses controverses n'ont pas manqué de surgir au nom de la restriction, ressentie comme disproportionnée, de la liberté d'aller et venir. Ces cadres privatifs des libertés n'ont pas été strictement respectés et ce que ce soit en quartier urbain ou en quartiers populaires. Dans ces derniers, les conditions de logement ou encore les inégalités se devaient d'entrer en jeu dans l'évaluation de l'écart (Noûs, 2020) aux mesures. Alors même qu'elles ont été dénoncées comme stigmatisantes (Noûs, 2020), ces situations en milieu précaire n'ont que peu donné lieu à des mesures spécifiques d'accompagnement. Ainsi, la crise de COVID19 aurait dû probablement mettre plus l'accent sur les vulnérabilités à prendre en compte dans l'accès aux soins et aux mesures de protection de la santé, plutôt que sur les transgressions normatives. Cette crise sanitaire a permis de révéler de nombreuses inégalités et les a parfois renforcées, elle a mis l'accent sur les besoins d'accompagnement spécifiques que ce soit en matière d'information ou de formation, gageons que cette connaissance pourra être prise en compte dans nos futures politiques de santé publique.

-La vaccination.

La vaccination contre la Covid-19 n'a pas été rendue obligatoire et le Gouvernement s'est limité à la recommander. De plus, le fait de ne pas imposer la vaccination reposait sur des précédents doctrinaux et jurisprudentiels⁴¹. Cependant la loi du 5 août 2021, puis celle du 22 janvier 2022, vont respectivement mettre en place un « passe sanitaire » puis un « passe vaccinal » qu'il sera nécessaire de présenter pour pouvoir accéder à de nombreux commerces et services. Le « passe vaccinal » pouvait s'obtenir via un certificat de vaccination, un certificat de rétablissement ou un certificat de contre-indication. Le « passe sanitaire » consistait à produire une preuve de son statut au regard du COVID19 par la présentation soit d'un QR code soit d'une attestation papier : attestation de vaccination avec un schéma vaccinal complet, un test négatif ou un test positif attestant d'un rétablissement, et un certificat de contre-indication. S'ils n'obligent en rien à être vacciné, ces dispositifs ont tout du moins été un puissant outil d'incitation constituant, pour certains, une réelle atteinte à la liberté d'aller et de venir (Roumiguié, 2023).

-Le port du masque.

Mesure très controversée, le port du masque aura été l'objet d'une multitude d'informations contradictoires. D'abord jugés inutiles, les masques n'étaient obligatoires que dans le champ médical. Quelques mois plus tard le port du masque sera généralisé et deviendra obligatoire dans les transports, dans les espaces publics clos et dans la rue pour les adultes et les enfants de plus de 11 ans (Décrets n°2020-860 du 10 juillet. 2020 et n°2020-884 du 17 juillet 2020). Entre indications contradictoires et pénuries, les masques ont été sources de tensions et de

⁴¹ Xavier Bioy, Vers la vaccination obligatoire contre la Covid ? Que dit le droit de la santé ? Que répondent les droits fondamentaux ? Le Club des juristes, 8 juillet 2021 accessible à <https://www.leclubdesjuristes.com/archives-cdj/vers-la-vaccination-obligatoire-contre-la-covid-que-dit-le-droit-de-la-sante-que-repondent-les-droits-fondamentaux-3637/>

vives critiques à l'encontre du Gouvernement et donc ont donné lieu à divers positionnements envers la mesure.

Ces hésitations quant à la pertinence de rendre obligatoire le port du masque se sont retrouvées dans les décisions de justice rendues par les tribunaux du fond. En effet, plusieurs décisions ont été rendues qualifiant le port du masque obligatoire comme portant atteinte aux libertés fondamentales et notamment une décision rendue par le juge des référés de Strasbourg⁴². En l'espèce, les requérants faisaient valoir que « l'arrêté du 20 mai 2020 du maire de la commune de Strasbourg ayant pour objet l'obligation de porter un masque couvrant la bouche et le nez pour les personnes de plus de onze ans fréquentant les rues et zones situées, notamment, sur la Grande-Ile de 10 heures à 20 heures du 21 mai au 2 juin 2020 sous peine d'amende » au motif que « la décision porte une atteinte grave et immédiate à la liberté d'aller et de venir, à la liberté d'entreprendre, au droit à la protection de la santé et au droit fondamental au respect de la vie privée et familiale protégée par l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales dès lors que l'édiction de mesures de police a été réservée par les textes relatifs à l'état d'urgence sanitaire aux autorités nationales et aux préfets de département, et que la subordination de tout déplacement sur la Grand-Ile au port d'un dispositif de protection buccal et nasal que l'arrêté litigieux met en œuvre est injustifié et disproportionné sans qu'aucune circonstance locale particulière à la commune de Strasbourg le justifie ». Le juge des référés décide alors que, en l'état des dispositions juridiques applicables à la date de la saisine et en dépit de l'état des connaissances scientifiques apportées en défense par les conseils de la commune de Strasbourg les mesures contestées sont assimilables à des « choix faits quant à l'apparence que l'on souhaite avoir, dans l'espace public comme en privé, (qui) relèvent de l'expression de la personnalité de chacun et donc de la vie privée. L'obligation du port du masque dans la Grande-ile, les ponts et voies adjacente est donc une ingérence dans l'exercice du droit au respect de la vie privée, au sens de l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales et cette ingérence n'est justifiée par aucune raison impérieuse liée à des circonstances locales propres à la commune de Strasbourg » et qu' « il n'apparaît pas, (...), qu'un intérêt public suffisant s'attache à son maintien ». Ainsi le magistrat fait prévaloir le respect des libertés individuelles au motif que ni les données actuelles de la science ni l'intérêt public ne justifient la mesure attaquée. A contrario le juge des référés du Conseil d'Etat a régulièrement rappelé le bien-fondé de la mesure du port du masque tout en rappelant qu'elle constituait bien une atteinte aux libertés fondamentales⁴³ mais que les données scientifiques justifiaient la mesure et que dès lors, le port du masque ne constituait pas une atteinte disproportionnée aux droits fondamentaux.

Ainsi, l'ensemble des mesures privatives de libertés ont toutes été reconnues comme telles par la majorité des juridictions. Bien que constitutives d'une entrave aux libertés fondamentales, le pouvoir exécutif et les juridictions ont adapté leurs décisions au niveau de dangerosité du virus et de sa contagiosité tout en limitant l'exercice de ces restrictions dans le temps et dans l'espace. Les évolutions de ces politiques ont été intimement liées à l'acquisition des données scientifiques délaissant le plus souvent les arguments d'inégalités

⁴² Voir par exemple ordonnance n°2003058 du 25 mai 2020, le juge du référé-liberté du tribunal administratif de Strasbourg,

⁴³ Conseil d'État, Juge des référés, 23/11/2020, 445983

en matière de santé. Les magistrats se sont attachés à assurer l'effectivité du principe de proportionnalité pour arbitrer le plus souvent en faveur des mesures de restriction au motif de la préservation de la santé de tous. Ces décisions rendues en temps de crise sanitaires se sont alignées sur l'impératif de santé public ne rendant pas compte de la diversité de leurs réceptions sociales.

2.3.b Les apprentissages des habitant·e·s

Concernant les habitant·e·s du quartier, une première forme d'apprentissage qui apparaît dans nos entretiens et qui joue un rôle important dans l'appropriation des normes sanitaires est celle de l'expérience personnelle (ou d'un proche) de la maladie covid-19. Cette expérience fait « preuve » de l'existence de la maladie mais surtout elle fonctionne comme le pivot d'une attitude de méfiance à une de « confiance ». Ainsi, plusieurs personnes nous parlent d'une expérience de « conversion » vers la « croyance » en la maladie : *« Pour moi, c'était un complot pour arrêter les gens ou... j'y croyais pas du tout. Mais j'ai mon grand-père qui a chopé le covid et il a failli mourir. Et là, j'ai été vraiment touché... et par fait exprès, quand quelque chose nous touche, on tombe dedans... ben juste après, j'ai fait le covid aussi. Alors chaque fois que les gens me disaient que ce n'est pas vrai, j'avais les larmes aux yeux en disant « vous dites que c'est pas vrai ? J'ai failli y perdre mon grand-père ! »* (médiateur-covid, habitant du quartier, 39ans).

Ainsi, l'épreuve personnelle fait « preuve » et modifie les attitudes des personnes. On retrouve notamment ce même type de propos autour de la mesure de vaccination. Le pharmacien du quartier nous dit : *« Ce qui les marquait, les gens, c'est quand ils voyaient un proche à l'hôpital. Dissuasif ! Les gens qui ne voulaient pas se faire vacciner et sont partis à l'hôpital pendant quelque temps, quand il a fallu faire des rappels, ils étaient les premiers ! »*

De même, l'expérience personnelle peut être mobilisée comme une ressource professionnelle pour les professionnel·le·s de santé du quartier et les médiateur·ice·s afin de convaincre les habitant·e·s à adopter des mesures sanitaires. Un médiateur de santé nous dit : *« Une anecdote : on était sur le marché de (quartier populaire) et je tombe sur un petit monsieur qui vend de la lessive. Mes collègues passent avec les affiches, on était là pour les distribuer et signaler qu'un centre de vaccins sans rendez-vous allait ouvrir le temps d'une journée. Et là, je tombe sur un monsieur qui nous traite de complotistes. Alors j'essaie de calmer les esprits en disant à ce monsieur de ne pas s'énerver. 'Oui, vous êtes des complotistes', tout ça !!! Alors je lui raconte mon histoire. Je lui dis 'je disais comme toi au début. Puis j'ai mon grand-père qui est tombé malade, qui a failli mourir' et tout ça. J'ai réussi à le redescendre un peu mais dans la tête, il avait toujours son truc. »* Contrairement à d'autres pair-aidances, ce savoir expérientiel n'est pas mobilisé pour faire le récit de l'expérience de la maladie, pour transmettre des connaissances concernant les traitements, pour mettre en contact les publics avec des acteur·ice·s professionnel·le·s et institutionnel·le·s qui font ressource, mais il s'agit de faire appel à cette expérience pour établir la preuve de la réalité de la maladie, telle qu'elle est construite et prise en charge par les autorités médicales. Nous discutons de ces questions lors d'un article soumis à la revue *Anthropologie et Santé*, dans le cadre du projet, où nous

analysons plus en profondeur comment le registre de l'intime est mobilisé par le dispositif de médiation-covid et subordonné au registre institutionnel sanitaire.

Mais, au-delà de ces formes d'appropriation des mesures qui viennent par une « découverte », « une décantation soudaine », etc., les discours laissent voir des formes progressives d'appropriations, liées à des formes d'apprentissages qui se traduisent moins par un changement radical « d'attitude » que par l'acquisition de pratiques de protection quotidiennes et sanitaires. Dans les discussions avec les femmes du quartier, il est intéressant de remarquer qu'elles ont acquis des gestes et des manières de faire au fur et à mesure pendant la période de crise sanitaire, et qu'elles mettent aussi en lumière le fait que ce phénomène progressif s'est aussi manifesté chez les décideurs politiques : *« Ils avançaient pas-à-pas, et ils ne connaissaient pas non plus la maladie, donc il fallait trouver des solutions. Qui n'étaient peut-être pas tout de suite bien faites. Comme les masques : « -Oui, on les met », « Non, on ne les met pas. » (...) - Voilà. Donc, ça, c'est une découverte... ça a été une découverte aussi pour les politiciens...-Pour tout le monde. Pour tout le monde. - Ouais, pour tout le monde. - ... donc tout le monde a avancé pas-à-pas et... et voilà »*

Le temps joue sur l'appropriation de certaines pratiques préventives qui semblent perdurer, comme celle de ne pas s'embrasser. Lors d'une discussion avec des femmes, elles nous disent :
-Tu ne peux pas, sur certaines circonstances, ne pas aller vers les gens, ne pas les toucher. »
-Peut-être au début mais après, c'est bon, c'est devenu... pas une habitude mais bon... pendant le confinement, on a appris... avant le confinement, on faisait la bise.
-On a appris à plus la faire.
-Et ça continue ! Un peu, quand même, hein !

Ces apprentissages permettent une socialisation aux nouvelles normes de proxémie et convivialité conformes aux mesures sanitaires et dans ce sens, nous serions dans des formes d'une « biopolitique déléguée » (Memmi, 2004) qui se fait progressivement. En suivant la définition émise par Muriel Darmon (2016), la socialisation est *« l'ensemble des processus par lesquels l'individu est construit [...], processus au cours desquels l'individu acquiert – “apprend”, “intériorise”, “incorpore”, “intègre” – des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement »*. On pourrait se demander en effet si ces apprentissages deviennent des « dispositions durables », dans le sens de Bourdieu, et participent à une *hexis* (manière d'être corporelle, vestimentaire, etc.) particulière adaptée aux mesures sanitaires. Si l'idée d'une appropriation qui passe par l'apprentissage corporel des techniques du corps imposées par les mesures sanitaires se révèle très féconde (et liée à la dimension corporelle que nous présenterons ci-dessous), il paraît évident, lors des premières analyses de nos données, que ces dispositions ne sont pas durables, ou le sont différenciellement selon les personnes. Certaines pratiques sanitaires (porter le masque, se laver les mains, ne pas s'embrasser, etc.) semblent plus sujettes à une appropriation le temps de l'obligation où elles réveillent des « failles interactionnelles ». Concernant par exemple le baiser, les femmes d'un autre focus groups en discutent :

-Ou il y a un moment de flottement où on se regarde sans savoir si on le fait ou non.
-Oui, ça nous est arrivé. Et maintenant, ça fait pas longtemps que je me demande « je fais la bise ou non ? ».
-On ne sait pas si on va heurter ou non la personne...
-Donc on a appris à se poser la question à haute voix : on demande carrément.

Ainsi, le fait « d'apprendre » permet aussi plus de jeu avec les normes et donc à contourner certaines mesures tout en jouant l'attitude de l'acceptation. Ici, nous pouvons parler de « tactique temporelle » dans le sens de De Certeau : *« S'il est vrai que partout s'étend et se précise le quadrillage de la "surveillance", il est d'autant plus urgent de déceler comment une société entière ne s'y réduit pas ; quelles procédures populaires [...] jouent avec les mécanismes de la discipline et ne s'y conforment que pour les tourner ; enfin quelles "manières de faire" forment la contrepartie, du côté des consommateurs (ou des "dominés" ?), des procédés muets qui organisent la mise en ordre sociopolitique »* (De Certeau, 1990 : 39). C'est, par exemple, le cas d'une femme qui a d'abord utilisé un stylo pour les autorisations de sortie puis est passée au crayon à papier afin de pouvoir changer l'heure de sortie : *« Moi, la première fois, j'ai été bête, j'ai fait le stylo, et après, j'ai changé, j'ai fait le crayon et la gomme (...) Crayon et la gomme. (...) Je sors à 8 h, je rentre à 10 h, et après, je change dans la rue. Je passe toute la journée. Il y a la police partout, ils me trouvent... »*. L'apprentissage permet les contournements de la mesure de confinement, non seulement temporels mais aussi spatiaux, comme nous dit cette dame se déplaçant à plus d'un kilomètre de chez elle : *« À Basso Cambo (un autre quartier), j'ai fait l'adresse de chez moi... Elle m'a trouvé, la police, à Basso Cambo, j'ai dit : « Chez nous, il n'y a pas la viande halal (rire) (...) Elle m'a dit 'C'est la dernière fois' »*.

Concernant la pratique du port du masque, elle semble s'être affirmée au fur et à mesure que le temps passait, dénotant d'une certaine appropriation graduelle : *« Depuis le covid, j'ai pas enlevé le masque. Quand ils ont autorisé à l'enlever, je l'ai pas enlevé tout de suite, seulement après »*, nous dit une femme du quartier. Néanmoins ces formes d'appropriation sont aussi liées au fait de ne pas les voir comme des obligations, mais comme une pratique prophylactique autonome. Comme nous dit une autre femme : *« Je sortais et je ne supportais pas le masque. Je ne suis pas malade, je ne suis pas malade, je n'ai pas de maladie particulière mais je ne supportais pas le masque. Je respirais mal en mettant un masque. Et je ne supporte pas les obligations. Je suis quelqu'un qui ne supporte pas les obligations. On peut tout me demander quand j'ai le choix. Mais quand on m'oblige, je n'aime pas. J'ai toujours été comme ça. Et puis je me disais : "Si on doit mourir, qu'on meure" »*.

Ainsi, nous avons pu observer un lien entre l'apprentissage de l'usage du masque avec des torsions à son usage. Les personnes nous disent que plus elles ont été habituées à utiliser le masque, plus elles se permettaient les jeux dans les manières de l'utiliser. Ainsi, le port du masque sous le nez peut apparaître comme une manière de se conformer à la règle toute en la contournant.

L'incorporation des pratiques sanitaires ne semble pourtant pas ancrée une fois pour toutes, et elle dépend des situations qui viennent activer des dispositions acquises à un certain degré. Loin d'être permanentes, les dispositions à l'usage du masque ne s'activent qu'à certaines conditions, en fonction des contextes, des évolutions de la maladie et des mesures restrictives. Une femme nous dit : *« Maintenant, je re-porte le masque, que je ne portais plus, parce que je sais que ça s'est re-développé, et, c'est bon, je l'ai eu deux fois, donc, ça y est, c'est... j'espère que je ne l'aurai plus, mais on ne sait pas encore. - Oui, ça tourne. - Parce que si c'est un autre variant qui ressort encore, là, on... »*

La dimension temporelle des formes d'acceptation/appropriation des mesures sanitaires a pu être approfondie par l'analyse de diverses modalités qu'elle prend : celle de formes d'historicité de la pandémie dans les vécus des personnes, celle requérant des formes de synchronisation entre temps sociaux et celle d'apprentissages et des formes variables d'incorporation des mesures.

Si l'acceptation est souvent vue comme un « état » nous voyons aussi son caractère fluctuant et dynamique, car dépendant des formes de synchronisation pratiques avec d'autres temps sociaux, des logiques d'historicité construites ainsi que des formes d'apprentissages et d'appropriation diverses (pratiques ancrées, dispositions durables, pratiques oubliées, dispositions transitoires). Ainsi, l'analyse des formes d'acceptation et d'appropriation des mesures sanitaires permettent d'introduire la prise en compte de leur dimension processuelle, en sortant d'une idée linéaire du temps, et en problématisant l'articulation entre les temporalités de l'agenda « sanitaire » et ses différentes mesures, avec des temporalités sociales « autres », celles des personnes habitant un quartier populaire.

3. Dimension corporelle de l'appropriation des mesures sanitaires

Port du masque, distance physique, tousser dans son coude, lavages fréquents des mains, etc. : il n'est pas difficile de repérer le fort engagement des corps dans l'expérience de la pandémie et des mesures sanitaires. Cependant, le nombre de travaux en sciences sociales sur cette question semble encore très réduit⁴⁴. De surcroît, les travaux portant sur l'acceptabilité ne se sont pas beaucoup intéressés à la dimension corporelle des processus d'acceptation. En effet, le lien entre acceptabilité et corps n'a surtout été étudié qu'au prisme des biotechnologies, autour des préoccupations des laboratoires de recherche et de développement à rendre acceptables des dispositifs pour le corps humain et les attitudes (discursives) des usager·es·s/patient·e·s. Il n'y a pas dans ce sens une littérature sur les pratiques corporelles et l'acceptabilité. Pourtant de nos entretiens ressort une dimension corporelle très importante dans l'analyse des rapports aux normes sanitaires et les formes d'acceptabilité.

Nous avons pu dégager certaines lignes analytiques, non exhaustives, de la dimension corporelle de l'appropriation des mesures sanitaires.

3.1. Socialisations corporelles et sanitaires en temps de covid

Nous notons en premier lieu l'investissement des corps dans ce qui relève des formes d'apprentissage abordées ci-dessus. Bernard Andrieu (2022) rappelle comment la pandémie de la Covid-19 et ses diverses modalités de contagion ont mis en lumière les innombrables gestes tactiles avec le monde, les autres ainsi que les auto-contacts tactiles qu'on réalise de

⁴⁴ Sauf quelques rares exceptions (sur le masque, par exemple, : Gibout et al. 2022 ; Cochoy et al. 2022) nous trouvons des travaux plus spéculatifs que empiriques, revenant de manière générale sur l'importance du toucher dans les relations humaines, sur les implications symboliques de l'usage du masque, etc.

manière inconsciente et automatique : « *Éviter de les accomplir, en mettant un masque comme une peau artificielle, exige un nouvel apprentissage et une conscience corporelle du schéma corporel habituel* » (Andrieu, 2022). Ainsi, il semble intéressant ici de mobiliser la notion de Marcel Mauss (1934) de « techniques du corps », autant pour appréhender toutes ces gestuelles automatisées et incorporées depuis l'enfance, que nous accomplissons sans nous en rendre compte, comme celles émergeant lors de la pandémie et devant être acquises. Mauss définit les « techniques corporelles » comme toutes les manières dont nous utilisons nos corps afin d'obtenir un résultat (marcher, s'asseoir, saluer, se laver, etc.) qui sont intériorisés de façon inconsciente, permettant ainsi qu'elles soient perçues pour naturelles ou évidentes. Or les mesures sanitaires de lutte contre la pandémie de covid-19 cherchaient un nouveau « dressage » (Mauss, op.cit.) en inculquant des nouvelles techniques corporelles.

Dans nos entretiens, ressort d'abord le caractère non-évident de l'incorporation de certaines de ces pratiques. Les propos d'un homme du quartier (49 ans) sont éclairants : « ... *c'est des réflexes à prendre tous les jours, tu sais, tu sors, tu te laves les mains au gel, tu rentres tu le fais, tu prends le métro, t'évites de toucher les barres. Il fallait prendre des réflexes qu'on n'avait pas avant quoi. Avant tu réfléchissais pas à pas te tenir aux barres, toutes ces choses-là...* »

La période pandémique a été marquée par un processus d'apprentissage corporel aux normes sanitaires (se rappeler de prendre un masque quand on sort de chez soi, apprendre à tousser dans son coude, à ne pas serrer la main ou s'embrasser, suivre les flèches par terre, se laver les mains, etc.), qui a été vécu de manière très diverse, selon les personnes et groupes mais aussi selon le type de mesure hygiénique et sanitaire. Ainsi, nous pouvons avancer que les mesures d'ordre davantage « contractuel » comme la distanciation physique ou le port du masque (sauf aux périodes où le masque était obligatoire) mettent en lumière l'importance des socialisations corporelles préalables, dans les modes d'adoption.

Plusieurs propos des personnes s'identifiant de religion musulmane évoquent, par exemple, combien l'adoption de certaines mesures a été facile pour elles, du fait qu'elles ont déjà été socialisées à certaines de ces techniques corporelles, comme le lavage des mains. Une femme du quartier revient sur cette pratique : « *(mon fils), dès qu'il rentre, direct 'lave tes mains, lave ton nez', parce que le nez... au début, il disait, comme disent mes nièces au bled, il dit 'heureusement, on a la religion, on se lave cinq fois par jour'. En plus de la douche, du ménage, de la vaisselle. Déjà, on se lave (...) Cinq fois par jour* ». Un jeune homme algérien de 25 ans et en France depuis 2018 nous dit : « *En fait moi je connais, je connais ces conseils, parce que je suis un musulman, y a les musulmans, dans nos livres (...) Y a les conseils quand y a un virus (...) Il y a des conseils comme ça. Comme les conseils français* ». Une autre femme encore nous dit que cette pratique est incorporée : « *Alors lavage des mains, chez nous c'est une culture (...) Alors nous, les adultes, on fait nos ablutions 5 fois par jour. Du coup, systématiquement on se lave les mains (...) Vous faites à manger, vous vous lavez les mains ; vous faites un truc, vous vous lavez les mains...Du coup, c'était systématique* ».

Malgré le fait que cette « incorporation » reste à nuancer par davantage de données et d'analyses car d'autres personnes des focus-groupes ont dit qu'il était très difficile pour elles d'y penser, il est intéressant de remarquer que les personnes font référence à des appartenances « culturelles » pour penser de manière réflexive ces nouvelles pratiques

corporelles issues de la crise sanitaire comme un *continuum* avec des pratiques déjà ancrées. Ces références à des appartenances ne relèvent pas de déterminismes culturels fixes et essentialisés, généralement les origines nationales ou les appartenances religieuses sont complexifiées dans les discours par d'autres identifications. Ainsi, par exemple, l'appartenance au « quartier » peut être mobilisée en articulation avec les origines « ethniques » des habitant-e-s, comme cet homme qui nous dit : « *Voilà, avant on se posait pas la question sur garder les distances. Tu sais nous au quartier déjà, on est très tactiles tu sais, tu vois ce que je veux dire, on échangeait beaucoup de... Ouais et le vieux truc qu'on avait avant là... Ben les trucs comme ça, les accolades, les hommes se font la bise tu vois, y a des choses qu'il fallait changer dans nos manières de vivre, fallait changer tout ça* ».

Lors de notre travail de terrain, en 2022, certaines pratiques corporelles comme celles proscrivant de s'embrasser ou de se serrer les mains semblent relativement acquises. Plusieurs témoignages des habitant-e-s vont dans le sens d'une appropriation de ces nouvelles techniques du corps. Néanmoins, l'acquisition de ces nouvelles techniques ne peuvent pas être lues qu'au seul regard des dispositions culturelles, elles doivent aussi être interprétées en termes de classe et genre. En effet, l'appropriation de ces normes corporelles semble relative à des marqueurs sociaux divers. Il est important de se demander dans quel cas, et comment, elles pourraient transformer d'une manière plus drastique l'*hexis* corporelle (Bourdieu, 1977) des habitant-e-s. Autrement dit, comment ces techniques corporelles, surgies lors de la pandémie, modifient les rapports durables et généralisés à son propre corps, rapports qui sont incorporés progressivement et qui donnent au corps une physionomie singulière, une manière de se tenir, de s'entretenir, de se soigner et aussi de « prévenir ».

Mais l'*hexis* bourdieusienne est aussi intéressante dans le sens où elle permet de penser les rapports de domination qui se construisent dans et par les corps. Dans le sens où l'*hexis* est aussi une incorporation du rapport de concordance ou discordance entre le corps réel et le corps légitime (tel que défini par une classe dominante ou des institutions). Ainsi, la « *bonne volonté sanitaire* » des milieux populaires met en lumière les enjeux de légitimité des corps (et sa forte dimension politique) dans l'adoption des mesures de distanciation physique. Un jeune homme issu de la communauté gitane, travaillant comme « médiateur covid », revient souvent dans l'entretien sur le fait d'un traitement « inhumain » à sa communauté « *Parce que quand on entend les présidents : 'les gens du voyage saccagent tous les terrains !'. Ben donnez-leur des terrains, déjà ! Ils en ont marre d'être rejetés d'un côté, de l'autre... ce sont des êtres humains ! Les chiens, on leur donne des endroits où ils peuvent aller aux toilettes et tout... même nous, on a pas ça. On nous met dans des camps où on n'a le droit de rien faire. Faut arrêter !* ». Pour lui, l'apprentissage de ces nouvelles techniques du corps, traduit aussi une demande de reconnaissance politique, qui passe ici par une acceptation obéissante des mesures corporelles : « *Moi je serre la main le poing fermé, on nous a appris comme ça ! Avec le poing fermé comme ça les microbes passent pas d'une main à l'autre. On nous a appris le poing fermé et on fait plus la bise sauf à la famille proche et c'est tout...* ».

Il s'agit bien ici d'apprentissages corporels institutionnels (« *on nous a appris* ») qui cherchent un consentement des individus. Loin de logiques disciplinaires qui cherchent à soumettre, contrôler et limiter, les logiques des mesures de distanciation physique sont d'un autre type de discipline qui cherche à produire des sujets moralement « éduqués », certes corrigés, mais surtout (ré)adaptés au contexte pandémique (Grojean, 2015). Une question reste à

approfondir : celle des formes de subjectivation politique en période pandémique de ces investissements de corps subalternisés (« *ils (les gitans) sont des êtres humains* ») dans une adoption « obéissante » des mesures, comme une forme de reconnaissance. En effet, ces formes d'acceptation des mesures sanitaires comme une recherche de légitimité politique des corps subalternes peut être contrastée avec des formes de résistance politique à l'usage des masques hygiéniques « *blancs* », tel que relaté par Andrieu (2022), chez des populations noires américaines, dont les idées ont été développées par la sociologue Ruha Benjamin, auteure en 2020 de « *Black Skin, White Masks: Racism, Vulnerability, and Refuting Black Pathology* ». Elle y développe l'idée d'une domination blanche qui se poursuivrait avec le masque blanc. Or, chez les habitant·e·s du quartier, nous ne retrouvons pas de résistances ouvertes au port du masque, mais des manières différenciées d'insérer ces nouveaux usages et pratiques dans une histoire politique de leurs corps, qui peut passer autant par l'adhésion totale en guise de demande de reconnaissance, comme le cas cité ci-dessus, que par des manières subtiles de se les approprier et les contourner.

De plus, ces formes d'apprentissage corporel sont non seulement à acquérir, ou à réactiver pour soi-même mais aussi pour les « autres ». La dimension corporelle de l'acceptabilité des mesures se concrétise dans des corps « en relation », comme on l'a évoqué ci-dessus. Et ces corps sont socialisés dans des rapports genrés.

Ceci est observé dans le déploiement d'un travail de *care* accru pendant la pandémie pour les femmes, et de surcroît pour celles de milieu populaire dont la profession est en lien avec les soins, le nettoyage, la vente directe. De même, c'est ce rôle genré qui se manifeste dans leur famille. Ainsi, on observe une multiplicité de tâches corporelles qui concernent non seulement leur corps, mais également le corps des enfants et autres membres de la famille. Une femme nous dit : « *Oui mais elle (sa fille) aussi chaque fois qu'on rentrait... et puis quand tu vas dans des parcs... après moi j'avais toujours mon gel. Quand t'utilises les toboggans tout ça, que tu dois prendre appui sur les bancs, ceci cela, donc tu... ouais, je lui lavais les mains quand on sortait, quand on rentrait, et j'avais aussi des lingettes, tu sais, nettoyantes pour ses mains, tout ça, ouais* ».

Ainsi, l'appel public à prévenir les risques de contamination cible particulièrement les femmes et leur maintien hygiénique de la maison, dont elles sont bien souvent rendues responsables. Les femmes du focus group relatent : « *Moi, je n'ai jamais fait le masque à la maison, mais la javel. La javel. Nettoyer, nettoyer, nettoyer. - Il fallait qu'on... Ah oui, la javel. Nettoyer, nettoyer. - On nettoie tout le temps ! - Sur le moment, il y a le stress. -La javel, la javel. Les poignées... - On a fait tout ça.* ». Ces injonctions à développer des pratiques prophylactiques et hygiéniques chez elles doivent être aussi mises en relation avec les différences de genre dans les perceptions de risques, mises en relief depuis longtemps par la littérature. Nous reviendrons ci-dessous sur cette question relative au « risque » de contagion, mais relevons ici seulement que la très grande majorité des études menées depuis une quinzaine d'années à travers de nombreux pays a montré que la perception des risques des femmes était plus élevée que celles des hommes (voir entre autres la revue de littérature de Chauvin et Hermand, 2006 ou Finucane et al. 2000)

Il est alors intéressant de questionner comment certaines dispositions corporelles sont activées en temps de crise sanitaire et comment les dispositifs sanitaires de prévention

participent à réactiver ces dispositions en contribuant à (re)produire des différenciations de classe et de genre. Au-delà de cette idée d'une effervescence en temps de crise qui pourrait laisser croire que de nouvelles gestuelles, de nouveaux rapports au corps émergent, il semblerait que l'effet paradoxal et plus inattendu des crises peut être la « régression » vers les *habitus* déjà bien incorporés et où les mouvements de l'*hexis* corporel sont relativement faibles, mais qui peuvent permettre des mises en perspective des rapports de classe, de « race » et de genre.

3.2. Corps confinés et corps en interaction « risquée »

Une deuxième forme de la dimension corporelle dans l'appropriation des mesures sanitaires est celle de mise en « (en)jeux » des corps lors des interactions. Une distinction forte doit ici être opérée entre le confinement du printemps 2020 et les autres mesures sanitaires, en termes d'expériences corporelles très contrastées dans les discours des personnes. Si le confinement, notamment le premier, met en récits des corps qui semblent immobiles, bordés et isolés, les autres mesures sanitaires sont vécues à travers les diverses interactions engagées par les personnes, déclinées très souvent sous sa forme conflictuelle. Cependant, nous devons approfondir ces deux points afin de les nuancer, car ni le confinement n'a opéré un serrement total, ou « corsetage » des corps – pour reprendre l'image de Michel Foucault dans « Surveiller et punir » – ni les interactions mettant en jeu des corporalités ne se sont toutes déclinées sous la forme du dissensus.

Concernant le confinement, les personnes font état dans leur récits et discours d'immobilité, d'inutilité, d'enfermement et de statisme. « *Moi, je ne passais mon temps que devant la télévision par contre. Là, je me suis quand même sentie enfermée* », nous dit une femme du quartier. Comme nous l'avons déjà mentionné, ces expériences corporelles peuvent être liées aussi aux modalités de sociabilité en milieu populaire, plus territorialisées et entre voisins, ainsi qu'au moindre accès à des relations à « distance », par rapport à d'autres milieux sociaux. Or nos données montrent aussi que les habitant·e·s du quartier ont fait usage d'internet et des réseaux sociaux, confirmant ainsi les enquêtes quantitatives qui montrent un usage accru des réseaux sociaux, notamment chez les personnes qui jusqu'à-là étaient les moins utilisatrices, comme les personnes âgées, les moins diplômé·e·s et les ouvrier·e·s⁴⁵.

Cependant, ces sentiments d'immobilité et d'inutilité sont aussi à comprendre dans un univers moral où le travail est une valeur en soi, notamment un travail qui est opéré par des corps, par leurs déplacements et leurs forces.

Quand l'on pose des questions concrètes sur les activités menées au moment du confinement général, les personnes racontent une multiplicité d'activités menées au sein des domiciles, ou

⁴⁵ La consultation des réseaux sociaux augmente de 25 points pendant le confinement, pour concerner 79 % des personnes âgées de 15 ans et plus, contre 54 % en 2018. Si toutes les catégories de population voient leur taux de pratique augmenter, l'essor le plus spectaculaire bénéficie à celles qui en étaient jusque-là les moins utilisatrices : les 60 ans et plus (+ 45 points), les non-diplômés (+ 44 points), les ouvriers (+ 36 points). Celles-ci rattrapent ainsi partiellement les usages des individus plus jeunes et plus diplômés, la part d'ouvriers (80 %) dépassant même celle des cadres (69 %). Sources : Enquête Conditions de vie et aspirations, Crédoc, 2020/Enquête sur les pratiques culturelles, deps, ministère de la Culture, 2018. Données commentées par Jonchery, Anne, et Philippe Lombardo. « Pratiques culturelles en temps de confinement », *Culture études*, vol. 6, no. 6, 2020, pp. 1-44.

à l'extérieur, et dès fois, en contournant les mesures sanitaires de confinement. Ainsi, malgré ces tactiques faibles des corps confinés, la vision d'une « mesure contraignante » des corps prime dans les discours, en dénotant ainsi une moindre capacité de négociation avec la norme.

Cette vision d'une mesure surplombante permet aussi de réveiller chez les intervenant·e·s et professionnel·le·s, l'idée d'une dangerosité liée à la promiscuité des corps enfermés. Comme nous dit une infirmière : « *mais c'était vraiment des familles isolées, précarisées, des foyers de dix personnes où il n'y avait aucun geste barrière puisqu'ils ne comprenaient rien du tout* » (infirmière libérale). Or, malgré les difficiles conditions de certaines familles, nous trouvons aussi dans le quartier des stratégies de distanciation quand les moyens le permettent et qui nuancent cette idée de corps entassés et en promiscuité. Une femme du quartier nous dit lors d'un focus-group : « *Moi, il y avait mon mari, donc qui travaillait, et il y a un collègue à lui qui a eu le Covid, et on ne connaissait pas trop la maladie, alors j'ai dit à mon mari : « Puisqu'il a le Covid, toi, tu fais chambre à part, moi, chambre à part. » Je lui ai dit : « Au moins, un, il peut soigner l'autre. »* »

Ce sont notamment les mesures de distance physique et de port du masque qui sont mises en scène par des récits sur les difficultés lors des interactions informelles et en face à face. « *En plus c'est compliqué, parce que quand tu fais ça tous les jours sans réfléchir... certains ils te faisaient la bise pendant le confinement, tu vois c'est... d'une personne à l'autre fallait faire attention quoi. Y en a qui acceptaient pas qu'on leur fasse la bise, y en a c'est avec le coude, d'autres c'est avec la main... on s'adapte aux gens* ». Ainsi, nous pouvons avancer que la mesure de distance physique a été relativement appropriée par les habitants et cela est observable dans leurs interactions. Cependant, l'appropriation n'est pas soumission passive et uniformisation. Elle demande aux personnes de négocier le cadre normatif de leurs interactions, afin de minimiser les conflits, et ainsi de renforcer leurs « postures normatives » (Sintez, 2020). Comme le dit encore cet habitant du quartier : « *Y a des gens qui se sont sentis vexés parce qu'ils vont te dire 'tu me fais pas la bise ?', d'une personne à l'autre, il fallait pas se comporter pareil. En plus, tu sais, les gens chez nous ils sont susceptibles, les Arabes sont susceptibles, tu leur fais pas la bise, tu veux checker, ils le prennent mal. Alors moi ça m'arrive avec certaines personnes, mais je leur explique* ».

Si les « interactions sociales » ont été au centre des discours épidémiologiques et des nouvelles pratiques de modélisation de la progression de la maladie de covid-19, elles ont été aussi au centre des préoccupations des personnes qui ont incorporé les enjeux de la transmission interpersonnelle, comme le souligne cette femme : « *Je me dis 'mais on est devenus des pestiférés, en fait'. On s'évite entre nous...* ».

Les enjeux (corporels) des interactions en pandémie sont vécus avec des degrés différents de conflictualité, selon les positions des personnes, mais aussi selon les contextes et situations biographiques de celles-ci. C'est le cas des mesures de distanciation physique lors de moments importants et rituels (dimension temporelle de l'appropriation), où les corporalités ont une place fondamentale, qui peuvent être vécues de manière très violente. Une jeune femme (mère de trois enfants et agente d'accueil d'une association du quartier) ayant accouché en juillet 2020 nous fait part du vécu de ce « manque de toucher » : « *À chaque fois, quand tu vas acheter un masque, il n'y avait plus de masques, je m'en rappelle. Et, donc, du coup... Quand je suis rentrée (à la maternité), là, heureusement que j'avais le masque. Donc, je rentre,*

j'accouche. Moi, c'était vraiment ce... En fait, quand j'ai accouché du premier et du deuxième... – c'est ça que j'ai fait la différence – quand j'ai accouché du premier et du deuxième, il y avait ce lien avec l'infirmière, avec la sage-femme, avec le gynécologue... sauf que, là, quand j'ai accouché, avec la troisième... Bon, c'est vrai que la sage-femme, elle essayait de tout faire pour qu'on garde ce souvenir-là, mais on sentait que... on ne va pas toucher trop, on ne va pas faire trop de photos, on ne va pas... »

Cette question de transformation des interactions corporelles, pendant la pandémie, ouvre sur une autre question qui est celle des constructions de formes de « *déviance sanitaire* » lorsqu'un comportement individuel n'est pas conforme ou rentre en conflit avec les normes attendues de l'interaction. En revenant à M. Mauss, les techniques du corps fonctionnent aussi comme le langage particulier à un groupe culturel, ce langage servant ainsi à distinguer ceux qui sont « *civilisés* » et ceux qui ne le sont pas (car ne le maîtrisent pas).

Ainsi, on peut se demander comment la pandémie, avec ses nouvelles techniques « *sanitaires* » du corps, a pu construire des distinctions entre les « *civilisés* » et ceux qui ne l'étaient pas, et comment ces formes de stigmatisation « *sanitaire* » ont pu jouer dans l'appropriation des mesures. Une femme du quartier nous raconte une interaction vécue de manière assez violente : « *Alors j'étais sur le trottoir et il y a un monsieur qui arrive. Alors masque... Alors masque chirurgical, le truc avec une part en plastique devant (visière), des gants de cuisine jaune et il arrivait, nous on était dehors (avec mes filles) avec nos masques parce que...Là, quand j'y repense, je dis 'C'est vraiment ridicule', mais on était tout seul dans la rue, pourquoi on était des masques ?!, Tout seul dans la rue, il n'y avait personne ! Alors, il y a ce monsieur qui arrive et c'était la période où l'on parlait que les enfants pouvaient l'avoir, étaient vecteurs du virus. Et le type, au moment où il arrive à proximité de moi, il me crie en pleine figure : "Mais prenez vos microbes et aller de l'autre côté de la route !". Et la petite, elle a eu peur. Et là j'ai tiré la petite et je suis arrivée mais je lui ai dit : 'Mais ça ne va pas non ?! Si vous avez un problème, traversez-vous la route' ».*

Si l'épidémie a reconfiguré le cadre interactionnel, dans le sens où les interactions quotidiennes étaient en permanence sujettes à négociations, discussions, tensions (savoir la distance à respecter, les comportements à adopter, les appels à l'ordre quotidien comme « *mettez votre masque* », ou encore les mouvements de recul...), nous pouvons observer que pour la plupart des mesures, elles ne remettent que temporairement en cause l'ordre de l'interaction (Cefaï et Gardella, 2012), mais elles permettent des postures corporelles et morales différenciées et différenciatrices au sein du quartier. Une jeune femme du quartier nous parle du marché « *sauvage* » et des deux « *écoles* » corporelles mais aussi « *morales* » : « *J'étais à la Reynerie, sur le marché sauvage – enfin, le nouveau marché sauvage, là, qui s'est mis pendant le Ramadan –, et il y en... il y en a deux, là, en ce moment, qui sont différenciés par un mètre : il y a un des deux marchés sauvages... Alors, c'est... c'est les mêmes personnes hein – en fait, ils... sociologiquement, ils se rassemblent à tous points de vue –, sauf qu'il y avait un groupe qui portait des gants, des masques, qui faisait attention aux barrières sociales, où les gens faisaient la queue, faisaient attention, et, ça, sur une dizaine de stands à peu près, et, à un mètre, t'avais, pareil, même genre de marché sauvage, où les gens étaient agglutinés, pas de masque, rien, les gens se grattaient le nez, touchaient aux fruits... C'était très bizarre. C'était comme si... Deux écoles, tu vois ? »*

Entre nouvelles pratiques corporelles qui doivent être (re)activées, pour soi mais aussi pour les autres, et interactions devenues « à risque » avec les issues plus ou moins conflictuelles qui en découlent, les enjeux autour de la corporalité s'avèrent une dimension heuristique et à approfondir dans les travaux sur l'acceptabilité sociale.

Dans le cas des mesures sanitaires implémentées en période de crise d'épidémie de covid-19, nous pouvons affirmer que leur appropriation passe indéniablement par les corps et que c'est au travers de ceux-ci que nous pouvons évaluer le façonnage des gestes, l'adoption des pratiques prophylactiques, les changements dans les modalités de sociabilité, etc.

Les récits des personnes interviewées sont révélateurs quant à l'implication de leurs corps dans l'adoption de telle ou telle mesure, des conséquences sur leur santé d'une autre, des sentiments d'impossibilité expressive de leurs corps, des tactiques corporelles dans l'appropriation et le contournement des mesures. Néanmoins, nous avons pu observer une certaine discontinuité de ces appropriations corporelles, en fonction d'abord du type de mesure et son degré de contrainte, des socialisations différenciées des personnes et des cadres interactionnels où elles s'appliquent. Il devient ainsi indéniable que la dimension corporelle dans l'appropriation des mesures ne peut être saisie indépendamment des autres dimensions, notamment temporelles et relationnelles, auxquelles elle est très corrélée.

4. Les justifications par le « bas » et le « haut »

Alors que les perspectives concernant l'acceptation et l'acceptabilité se veulent souvent dichotomiques et déterministes, concevant un lien direct entre les valeurs ou représentations et les pratiques des personnes, les entretiens réalisés dans notre enquête montrent que celles-ci sont traversées par un ensemble de logiques d'action diverses concernant les mesures sanitaires. L'ambivalence est au cœur de leur expérience (et de nous tous). Une autre perspective s'impose donc pour rendre justice au matériau recueilli. En prenant appui sur le modèle des régimes de justification de Boltanski et Thévenot (1991) notre recherche se propose de mettre en regard les discours employés d'un côté, par les habitant·e·s du quartier et, d'autre part, ceux issus des institutions décisionnelles mais aussi consultatives concernant les enjeux de l'acceptation des mesures sanitaires. Nous analysons aussi sous cet angle tous les discours des acteur·ice·s « intermédiaires », professionnel·le·s de santé et de proximité rencontré·e·s lors de notre enquête. Le modèle pragmatique, proposé par ces auteurs, vise les moments de disputes, de conflits et de controverses publiques où les personnes mettent en œuvre des critiques ou des justifications prétendant à une validité générale. Les situations sociales et politiques incertaines, névralgiques et douloureuses liées à l'expérience collective de la pandémie sont ainsi un *locus* particulièrement fécond pour analyser les processus argumentatifs.

Nous avons repéré certains registres communs qui émanent autant du « bas » que du « haut » et qui circulent donc en plusieurs univers sociaux en temps pandémique. Ce qui apparaît de

manière empirique comme des modalités d'arrangements dans les interstices et écarts entre la (non)adhésion et les comportements, ce sont ces formes de justification, qui sont aussi des orientations d'action. Nous essayons ici de dégager quelques registres de justification qui apparaissent dans notre corpus analysé et qui permettent des analyses plus compréhensives et moins manichéennes des rapports aux normes sanitaires.

En effet, des analyses se dégagent plusieurs registres de justification qui apparaissent autant pour justifier le fait d'adopter une mesure que pour justifier sa non-adoption. Nous exposerons les registres qui nous semblent les plus pertinents pour une approche plurielle des rapports normatifs aux mesures sanitaires. Nous confrontons également ces registres observés dans l'enquête avec les « cités » et « ordres de grandeurs » proposés dans le cadre de la sociologie de Boltanski et Thévenot. Il s'agit plus d'un exercice de confrontation dialogique que d'une tentative pour les faire rentrer dans leurs typologies, car cette sociologie pragmatique nous invite surtout à une vision pluraliste dans les formes de composer avec le « juste » et les régimes d'engagement pluriels. Elle nous permet de ne pas totaliser ou voiler les formes très diverses du « juste » qui apparaissent lors de la crise sanitaire et des régimes pluriels de l'appropriation des mesures.

4.1. Le registre de justification relationnel et la « cité domestique ».

Nous revenons ici sur le registre de justification qui mobilise les « relations » comme arguments forts de l'adhésion ou de la non-adhésion, de l'adoption ou non d'une mesure sanitaire, faisant l'objet d'une présentation approfondie dans la section relative à la « dimension relationnelle ». Cependant, il s'agit ici de noter que ces formes de justification par « les relations », lorsqu'on les confronte au modèle de Boltanski et Thévenot (op.cit.), peuvent être rapprochées de ce que les auteurs appellent « cité domestique ». En effet, nous retrouvons des justifications dans l'acceptation ou le refus de normes sanitaires qui font appel à des valeurs comme la fidélité (à une tradition) ou la loyauté (à une personne). Ainsi, selon les auteurs, cette cité apparaît chaque fois que la recherche de ce qui est « juste » met l'accent sur les relations personnelles entre les gens.

Nous trouvons ces types d'argumentation lorsque des instances décisionnelles et consultatives font appel à la « communauté », « au lien social » et à la « solidarité ». Ces formes argumentatives ont été, par exemple, à la base de conflits autour des conditions de confinement des personnes âgées en EHPAD, mettant en exergue la nécessité du « maintien du lien social », et des relations avec les proches. Le CCNE, dans sa réponse du 30 mars à la saisine du ministère des Solidarités et de la Santé, signalait « *le risque affectif de l'isolement, d'une séparation absolue d'avec les autres, en particulier d'avec la famille et les personnes significatives pour chacun, s'ajoutant alors au risque épidémique* ⁴⁶»

On retrouve aussi cette argumentation relationnelle dans la construction d'un « nous » qui se différencie d'un « eux ». Autant par le « haut », dans la construction par exemple des formes de nationalisme sanitaire, mais aussi par le « bas », comme nous l'avons déjà vu. Ces relations différentielles peuvent en effet prendre une forme comparative. Nous avons vu comment des

⁴⁶ CCNE, Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD, 30 mars 2020.

mécanismes de comparaison avec d'autres lointains ou proches socialement permettent des postures normatives considérées comme « justes » par rapport aux mesures sanitaires. Cette construction d'un « nous » peut être mise en miroir avec la construction d'un « eux » concernant les habitant·e·s du quartier et qu'il·elles reçoivent par les messages médiatiques et politiques les concernant. C'est aussi une image argumentative construite par les professionnel·le·s de santé eux·elles-mêmes et la construction de l'image du quartier comme formant une « communauté », culturelle et d'expérience commune. Comme nous dit un médecin concernant la vaccination : « *Et puis petit à petit, c'est entré dans les mœurs. Enfin, dans les mœurs* » ...*Voyant que les voisins se faisaient vacciner, les gens étaient prêts à le faire aussi* ». Ces représentations construisant une communauté qui agirait par « mimétisme » ne sont pas agissantes que dans l'ordre des idées, elles se concrétisent aussi sur des modalités particulières de l'intervention sanitaire, comme on a pu l'observer lors de la mise en place du dispositif de médiation anti-covid, qui se basent sur cette idée de communauté et sur l'exemplarité des médiateur·trice·s pour la correction des pratiques sanitaires des habitant·e·s.

Le mot « communauté », employé par certains acteur·ice·s professionnel·le·s et institutionnel·le·s, n'est pas anodin. Sont soulignés les liens de proximité, d'échange mutuel, d'identification forte au lieu et des modes partagés de l'action. Cette notion est également devenue un signifiant important pour le pouvoir sanitaire et peut devenir un critère de domination symbolique, car elle peut aussi véhiculer des représentations altérisantes et folklorisantes des habitant·e·s des quartiers populaires. Elle peut de plus prêter à des confusions interprétatives pour le chercheur : si des liens de solidarité et des formes de sociabilité spécifiques existent à l'intérieur des frontières des quartiers populaires, il ne faudrait pas pour autant y voir une quelconque homogénéité sociale (Faya Robles, 2011).

Nous avons vu aussi comment les formes de régulations (et de justification) des pratiques sanitaires se construisent souvent à travers un ordre hiérarchisé, trait caractéristique de la « cité domestique ». Ainsi, le « juste » est ce qui est déterminé par l'acteur détenteur d'autorité, soit-elle, politique, scientifique, professionnelle, ou de parenté. La « cité domestique » est ainsi celle qui légitime un ordre sanitaire hiérarchisé entre acteurs politiques, dans les relations familiales, entre professionnels et habitant·e·s. Ce sont aussi ces rapports hiérarchisés qui sont mis en question dans les logiques d'action et des discours critiques envers les mesures sanitaires (les personnes invoquent les violences conjugales, les relations avec la police, le paternalisme ou l'incohérence des gouvernants, etc.). Cette porte d'entrée par les relations se révèle ainsi extensive et peut recouvrir d'autres types de « cités », ou principes généraux, mais aussi transversale à d'autres registres comme celui « religieux » ou « de citoyenneté ».

4.2. Le registre religieux des justifications dans les formes d'appropriation des mesures.

Il apparaît de plusieurs manières dans les propos, notamment de personnes à confession musulmane, ce qu'on pourrait appeler un « registre religieux ». Comme nous l'avons vu, il intervient dans les justifications qui mobilisent la concordance entre certaines pratiques religieuses et corporelles acquises et les nouvelles mesures sanitaires (comme se laver cinq fois par jours). Le registre religieux est aussi convoqué par les instances consultatives éthiques et par nos interviewé·e·s, dans la critique de l'interdiction des cérémonies et rituels auprès

des morts, notamment pendant le premier confinement. C'est, par exemple, l'adaptation de la législation funéraire, suite notamment aux observations du comité consultatif national d'éthique, en avril 2020, pour qui le respect de la dignité et de la singularité du défunt devait guider l'action, d'un point de vue éthique mais aussi juridique, en essayant de concilier liberté de culte et protection de la santé⁴⁷.

Chez les habitant-e-s du quartier, ces formes de justification peuvent amener à nuancer l'adhésion aux mesures et conforter certaines formes de désobéissance. La référence au religieux apparaît aussi dans la notion de « mektoub » (volonté divine dans le devenir de chacun - mourir ou non du virus), qui apparaît plusieurs fois dans nos entretiens et qui renvoie à une certaine conception de l'ordre du monde et sert de grille d'interprétation pour traiter à la fois de l'émergence du covid (en général) et de la façon dont il convient de s'y rapporter. Cette notion de destin est d'ailleurs plutôt appréhendée de façon individuelle que collective. Il s'agit moins d'évoquer le virus comme volonté de Dieu, comme un message divin (sauf par ceux qui pensaient que les croyants étaient « protégés »), mais plutôt le devenir de chacun (mourir ou non du virus) qui relève du mektoub (destin). Une femme dit : « *Après, je vais peut-être parler de religion, mais moi, comme je l'ai appris dans ma religion, c'est... dieu a décidé de ma mort donc le covid, c'est une excuse. Parce que j'ai eu pas mal de problèmes, on va dire, un accident, j'ai failli y passer et je suis toujours là. Donc le covid, ça me fait pas peur parce que justement, mon destin est tracé.* (Enquêtrice : *Donc toi, tu n'avais pas peur... ?*) *Il y a pas que moi, les musulmans en général que je connais du quartier, pareil. C'est Dieu qui l'a donné. Si Dieu doit m'enlever la vie parce que je dois attraper le covid, voilà »*

Cette grille d'interprétation permet de séparer les actes que l'on accomplit et leurs conséquences puisqu'il y a médiation de la volonté divine (soit le covid est la destinée de mort que Dieu m'a donnée, soit il m'a destiné à une autre mort). Mais cette vision renvoie surtout à une forme plus générale d'expérience de « l'épreuve », qui laisse ouvertes les diverses manières possibles d'en « tirer profit », de tirer des « leçons » spirituelles et existentielles, afin que, *in fine*, les gens puissent méditer sur « *leur façon de vivre et sur leurs comportements* ». C'est le cas d'une femme marocaine arrivée juste avant le premier confinement en France avec sa famille et qui sans ressources a dû supporter des conditions très difficiles d'existence pendant deux mois. Sans minimiser le caractère douloureux et les aspects contraignants de cette épreuve, elle affirme avoir aussi « *appris beaucoup de choses* » : « *Des toutes petites choses* » (...) « *Il arrive le temps qu'on contrôle un peu notre consommation, tout notre environnement, tout ce qu'on vit !* » (...) « *Je ne sais pas si tout le monde a remarqué que pendant le confinement on a vu du ciel bleu, on a respiré un bon air*⁴⁸ ».

Ainsi, et de même que pour les autres registres, il ne faut pas le voir comme un déterminant de comportements particuliers. Comme dit une femme à propos de « mektoub » : « *si c'était prédit tant pis... mais on croit aussi à la bonne étoile* ». En effet, suivant J. Favret-Saada (2011), il faut saisir ce « croire » comme une « *attitude oscillante* » et pragmatique. « *Croire* » est un

⁴⁷ Position du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) sur le décret n° 2020-384 du 1^{er} avril 2020

⁴⁸ Cet entretien est issu de l'enquête EPIDEMIC et nous avons pu l'analyser en profondeur lors de l'écriture d'un chapitre dans un ouvrage collectif : NICAISE S., CAVE A., FAYA ROBLES A., BELTRAN G., COEURDEVY E., BASSON J-C, BOULAGHAF L. ET SOULIER A. « Chapitre 7 : Confinement et déstabilisation migratoire : le cas d'une famille marocaine », in ENDELSTEIN L., ROUX S., FAVRE G. (eds.) *Effets secondaires. Vivre au temps du covid*, éditions Au bord de l'eau, 2022.

verbe d'attitude qui peut exprimer aussi bien la certitude que la supposition avec ses infinis degrés – depuis la quasi-certitude jusqu'au quasi-scepticisme » (op.cit. : 208). Il y a donc toujours une inconsistance explicative de la variable « religion » dès lorsqu'on veut expliquer des comportements. Il faut saisir celle-ci plutôt comme un registre de justification de comportements qui peuvent être très divergents les uns des autres.

Ainsi, ce registre de justification revient dans les explications données par les acteur·ice·s de terrain pour expliquer l'adhésion aux normes sanitaires. La médiatrice santé du quartier nous dit : « *Ils te disent « c'est le destin ». (...) Ils vont te dire qu'ils se lavent les mains ! La religion le demande* ». Mais, c'est aussi le refus des habitant·e·s de suivre les mesures sanitaires qui est justifié par la religion. Comme dit un médiateur- covid lors d'une discussion collective : « *Pour le vaccin, certains musulmans, ils disaient que c'était le diable. Et puis, moi je connais bien le sujet parce que je m'intéresse à tout ça, du coup ils étaient contents de parler avec moi* ». En effet, lors de cette discussion, on voit comment les arguments autour des « religions » sont présents dans les rapports aux mesures sanitaires. Mais apparaît aussi la place problématique de ce type d'arguments au sein du quartier, ce qui est révélé par la suite de la discussion où l'infirmière coordinatrice du dispositif de médiation se sent obligée de préciser : « *X (médiateur), il est très sensible à la religion, c'est le seul d'ailleurs, hein* » (en effet, on apprend qu'il est évangéliste), ce à quoi il répond : « *Moi j'aime tous les gens* ». L'infirmière renchérit « *C'est le seul médiateur qui est très sensible à ça. Du coup, il avait cette arme qui parlait au quartier justement, il répondait à certaines questions*⁴⁹ ».

4.3 Le « registre de la nécessité » et la critique de la cité marchande.

Nous avons nommé « registre de la nécessité » les formes argumentatives qui mobilisent les conditions matérielles de façon large dans les rapports aux normes sanitaires. Il ne s'agit pas pour nous d'évaluer ici si les personnes remplissent les conditions matérielles nécessaires pour suivre ou non une mesure restrictive (ce que l'équipe de recherche a déjà fait dans la recherche EPIDEMIC), mais de saisir comment les personnes elles-mêmes évaluent leurs (et celles des autres) possibilités matérielles et les mobilisent pour expliquer leurs formes d'acceptation et de mise en pratique des mesures sanitaires. Conditions de travail, de logement, revenus permettant ou non de payer une amende, nombre des personnes dans le foyer, etc., ce sont là des formes argumentatives qui opèrent par le « bas », comme par exemple ce jeune homme guinéen (22 ans, partage chambre dans un squat du quartier, demandeur d'asile) qui nous dit qu'il est difficile de « *respecter toute la loi, comme tout le monde fait, voilà, (ici, dans le squat) il y a du monde* ». Mais aussi une mère qui justifie ses sorties pour les « *nécessités de base* ». Ou encore une femme qui regrette ne pas avoir pu aller aux obsèques d'une personne proche : « *Moi, j'habite au Mirail, si je viens sur (autre quartier populaire), par exemple, j'avais peur de me faire choper par les flics. Puis bon, j'avais pas envie de payer 135 euros malgré tout parce que quand même, ça me faisait mal au cœur par rapport*

⁴⁹ Par ailleurs, nous faisons une analyse approfondie du cas de ce médiateur dans un article à paraître dans la revue *Anthropologie et santé*, où nous revenons sur ses dispositions religieuses et le caractère « vocationnel » dont il investit son emploi de « médiateur-covid », ainsi que sur son sentiment d'instrumentalisation et d'abandon, au moment où son contrat n'est pas renouvelé, car le dispositif n'a plus eu « raison d'être », finissant ainsi cette expérience de médiation-covid dans le quartier.

à cette personne, enfin la famille en tout cas. Parce que les vivants m'ont pas vue donc ça m'a mis un peu les nerfs ».

Ces formes de justification « par la nécessité » ne sont pas mobilisées uniquement « pour soi », mais suivent également un caractère empathique envers d'autres personnes. Ainsi, nous avons entendu plusieurs propos qui justifient les sorties des voisin·e·s pendant le confinement car ils habitent à plusieurs dans un appartement. Par ailleurs, ce registre est non seulement mobilisé pour justifier le non-respect des mesures mais pour justifier de leur obéir, par exemple lorsque des personnes nous disent qu'elles respectaient les couvre-feux à cause du prix des amendes.

Ces formes de justification sont aussi mobilisées par les acteur·ice·s de terrain et professionnel·le·s de proximité. Comme nous le dit une infirmière travaillant dans le quartier : *« C'était très compliqué pour eux et ils n'avaient déjà pas les moyens de mettre tout cela en place : porter les masques... les moyens logistiques et cognitifs pour comprendre tous les messages, les imprimer. »*. Ou encore, la médiatrice sociale d'une association du quartier qui revient sur le suivi scolaire pendant le confinement : *« ... ils n'ont pas de PC, ils ne savent pas comment l'utiliser. Et, voilà, on travaille... Avec les enfants, les enseignantes, elles travaillaient via internet (...) Des fois, il y a de l'embarras ou... C'est-à-dire s'il y a les moyens. Mais ils n'ont pas les moyens d'avoir un...d'acheter le pc »*.

Ces types de justification peuvent être aussi mis en relation avec les cadres conceptuels que nous même, chercheur·e·s, mobilisons afin d'argumenter la possibilité et l'impossibilité d'accomplir les mesures sanitaires, dès lors qu'on se focalise sur les seules causalités matérielles et économiques déterminant les pratiques étudiées.

Par le haut, ce registre mobilisant les « nécessités », peut être relevé comme un registre utilitariste de justification qui insiste sur le « coût social » des mesures et qui mobilise notamment l'argument de la vie économique nationale, mais aussi de l'inégalité des groupes sociaux face à la pandémie. Ainsi, ces arguments se positionnent dans une sorte de critique envers ce que Boltanski et Thevenot ont appelé la « cité marchande » dans laquelle l'ordre de grandeur est lié à l'acquisition de richesses à partir de la concurrence comme modèle d'action. En effet, ce type d'argumentation par « les nécessités » peut faire appel au principe de « solidarité », autant par « le haut » que par « le bas », et en cela il est lié au « registre de citoyenneté » et à la « cité civique » telle que conçue par Boltanski et Thévenot.

4.4 Le « registre de citoyenneté » pandémique.

Un autre registre de justification repéré dans notre étude se donne à voir dans les discours d'évaluation des pouvoirs publics, du gouvernement et des institutions dans la gestion de la crise sanitaire, et qu'on pourrait appeler de « registre de citoyenneté », lié aussi à la « cité domestique », en tant qu'ordre hiérarchisé d'autorité. Ce registre relève des formes d'évaluation des politiques et pratiques des pouvoirs publics concernant la gestion de la crise et permet des positionnements moraux et des formes d'argumentation concernant aussi ses propres pratiques. Nous retrouvons, par ailleurs, ce que d'autres travaux montrent (Maudet et Spire, 2023), à savoir une plus forte critique chez les habitant·e·s de milieu populaire que

chez les professionnel-le-s intervenant dans le quartier, issu-e-s de milieux plus aisés. *« J'analyse ça positivement. Qu'on le veuille ou non, pour lutter contre des crises sanitaires comme celle qu'on a connue, il faut de la rigueur et de l'organisation, donc on est bien obligés d'imposer. Parce que par nature, on est des Latins, voire latins ++, et donc on n'est pas des Chinois par nature... donc je pense qu'il y aurait eu plus de dégâts encore si on n'avait pas mis les masques, si on n'avait pas... (enquêteuse : Et vos usagers d'ici, vous croyez qu'ils pensent la même chose ?) Il y en a qui vont vous dire qu'on est dans un pays totalitaire mais bon, un pays totalitaire, je ne suis pas trop d'accord... il faut savoir quand même que toutes ces mesures, le gouvernement les subissait lui aussi. Il était dans l'optique d'éviter les morts, d'éviter ci et ça... » (pharmacien).*

Chez les habitant-e-s du quartier on trouve des discours critiques envers plusieurs pratiques et logiques gouvernementales en temps de pandémie, mais aussi des logiques sanitaires, comme celles du « tri médical », où la valeur « d'égalité » est mise à mal. Une habitante du quartier dit : *« J'en parlais avec des copines, parce qu'on se parlait beaucoup sur Facebook ou en privé, franchement c'est ce qui revient en premier. Déjà, de décider la mort de quelqu'un parce qu'il est âgé, il a droit de vivre comme tout le monde. Il meurt... comment dire, à l'âge que dieu lui a donné, enfin... il meurt à 80 comme à 20... c'est écrit. Donc pourquoi... insister et dire « celui-là, il faut qu'il meure ». Parce que soi-disant, d'après ce que j'avais compris, c'est qu'ils avaient les trucs de respiration... je crois que j'avais compris ça. Et qu'en fait, ils privilégiaient quelqu'un de moins vieux... par exemple, s'il y avait deux personnes, une de 80 et une de 60, ils vont soigner celle de 60. Le truc de respiration. Ce que j'ai entendu. Ça, ça fait peur. Parce qu'aujourd'hui, je suis dans la limite, mais dans vingt ans, si je suis encore là et qu'il se passe un truc comme ça, on va me laisser mourir. Ça fait cogiter »*

C'est aussi le cas du vaccin, mesure sur laquelle nous trouvons des arguments plus critiques que pour d'autres mesures, comme le cas d'une femme du quartier qui n'est pas vaccinée : *« Non, je ne suis pas antivax, je suis anti-vaccin du Covid (...) Je ne le regrette pas. Je ne le regrette pas parce qu'il y a des gens qui commencent, il y a des publications qui sortent là et on se rend compte qu'il y a beaucoup beaucoup d'effets. (...) Et je suis bien contente de ne pas avoir pris la décision et d'au moins, sur ce côté-là, j'ai pu préserver mes enfants. (...) Moi, quand on a dit : "Vaccinez les gamins au collège" J'étais prête à la mettre à la maison et lui faire l'école à la maison (...) Mais pas question que mes enfants servent de cobaye. Et je vois plein, plein de gens qui ont des effets secondaires. Je peux vous dire... »*

En effet, plusieurs critiques de la gestion gouvernementale (manque de masques, injonctions contradictoires, etc.) soulignent une non-adhésion aux normes, mais cette non-adhésion n'est pas nécessairement déterminante dans les comportements effectifs des personnes.

Encore ici, il est important de rappeler le fait que les justifications « citoyennes » peuvent aller autant dans le sens d'une adhésion aux normes qu'à un refus. Concernant les liens entre « confiance » aux institutions et « adhésion » aux mesures, plusieurs recherches (Plohl et Musil, 2021 ; entre autres) ont mis en avant le fait que plus on « fait confiance », plus on « consent » aux mesures sanitaires, notamment concernant la vaccination (Bajos et al. 2022). A contre-courant, le travail de Maudet et Spire (2023) à partir des données de l'enquête EPICOV est parlante quant à l'absence de corrélation entre la confiance aux institutions étatiques et la propension à se conformer *en pratique* aux règles sanitaires : *« il en découle la*

*nécessité de distinguer clairement la confiance institutionnelle qui renvoie à la croyance que l'institution est capable de remplir ses fonctions et d'incarner l'intérêt général, et le consentement aux institutions qui renvoie à la propension à se conformer – ou non – aux injonctions qu'elles prescrivent » (op. cit. : 93). De même, les auteurs montrent des fortes différences de ces mécanismes selon la mesure sanitaire : si pour le port du masque on peut établir des liens de corrélation entre confiance institutionnelle et adoption de la mesure sanitaire, pour le premier confinement, les corrélations entre confiance et « consentement » est dépendant du caractère contraignant de la mesure. Finalement, plus que d'un rapport de confiance aux institutions, il s'agit des rapports à la loi et au droit qui sont en jeu. Comme une femme nous dit « *Après, bon, on est obligés de suivre les lois donc... moi, on m'a dit 'confinement', j'ai fait deux mois de confinement* »*

Cette perspective par les « registres de justification » offre une approche heuristique concernant les discordances entre discours et comportements, observées de façon générale dans le monde social (et ne se restreignant pas au seul moment pandémique). Elle va aussi à l'encontre d'approches positivistes de l'acceptabilité. En suivant, à nouveau, la critique proposée par Favret-Saada (*op.cit.*), laquelle s'applique très bien à notre terrain, et non seulement au registre religieux mais à l'ensemble des registres de justification : « *les chercheurs tirent le mot 'croyance' vers l'univocité requise par la logique des sciences. Ils attribuent à leurs enquêtés une attitude et une seule, la pleine conviction, et ils se torturent ensuite l'esprit pour comprendre comment les indigènes s'y prennent pour éviter les tourments de la dissonance cognitive* » (*op. cit. : 209*). Plus que de dissonance cognitive, la perspective qui met en lumière des formes de justification permet de sortir d'une vision univoque des liens entre adhésion et comportement, mais aussi d'une vision substantialiste des individus. Elle permet de comprendre les exercices critiques auxquels il-elles s'adonnent en fonction des situations et contextes sociaux dans lesquels il-elles évoluent.

Conclusion et ouvertures : que nous reste-t-il du covid ?

Les réflexions induites par ce travail de recherche sont nombreuses et stimulantes pour les études portant sur l'acceptabilité et l'acceptation sociale, notamment dans le domaine de la santé publique. Elles ouvrent des pistes scientifiques et interdisciplinaires pour la poursuite d'études empiriques et analytiques sur plusieurs des points abordés.

Nous avons mis en lumière la place opérante des relations dans la réception et l'appropriation des mesures sanitaires. Cette dimension relationnelle opère autant dans les justifications que donnent les personnes de leurs formes d'acceptation, de transgression et de réadaptation des mesures sanitaires, que dans la mise en pratique des gestes et comportements préventifs. Ainsi, les relations fonctionnent comme le pallier nécessaire dans la régulation quotidienne des comportements et pratiques en santé. Les relations qui agissent comme des vecteurs de régulation (plus ou moins contraignants) prennent différentes configurations et peuvent lier les habitant·e·s aux instances institutionnelles présentes dans le quartier, forces de l'ordre ou sanitaires, associations, mais aussi dans les interrelations familiales, de voisinage ou entre proches.

De même, appréhender les inégalités qui traversent le champ de la santé consiste à donner au « social » une acception large qui intègre différentes dimensions et inclut dans l'analyse la dimension nécessairement relationnelle des inégalités : catégorie socio-professionnelle, sexe, âge, mais aussi classe et style de vie, genre, race, génération, orientation sexuelle. Ces catégories ne sont pas seulement des positions et statuts différenciant les personnes, mais elles se construisent dans des relations particulières. Une telle perspective, à la différence de l'approche en termes de « déterminants sociaux de santé », intègre à l'analyse les effets inégalitaires des relations et des rapports sociaux. En contraste aussi avec un modèle classique de démocratie sanitaire, s'appuyant sur l'image d'un individu éclairé à qui la gestion de la santé et de son corps est déléguée, nous pouvons constater des formes relationnelles de cette gestion qui se façonnent à l'intérieur de rapports sociaux. Ainsi, il nous semble important de continuer à approfondir cette perspective « relationnelle » des pratiques et comportements en santé des individus, tant dans le domaine de la recherche que dans celui des actions de prévention et de promotion de la santé.

La dimension relationnelle de l'appropriation des mesures sanitaires nous a permis ainsi de rendre compte du caractère processuel de l'acceptation et des appropriations différentielles des normes, s'étayant sur son double versant interactionnel et des rapports sociaux, plus structurels. Ces deux niveaux, agissant de manière articulée, permettent d'observer à la fois des phénomènes de reproduction des rapports et des formes dynamiques pouvant produire des changements.

Cette approche processuelle de l'appropriation a pu être approfondie par l'analyse des configurations temporelles diverses. Que ce soit par des formes d'historicité de la pandémie, par des stratégies de synchronisation entre temps sociaux ou par les apprentissages divers, ces configurations temporelles se manifestent tant dans les formes d'acceptation et d'appropriation des mesures sanitaires chez les habitant·e·s du quartier, que dans les formes

d'ajustement institutionnel cherchant l'acceptation sociale. L'analyse « par le haut » ici, et en sortant d'une approche séquentialiste et des schémas linéaires, permet de mettre en relief le caractère complexe, voire enchevêtré, mais surtout incertain de la mise en place des mesures sanitaires. L'analyse « par le bas », nous a permis de sortir d'une vision de l'acceptation comme un « état », et de comprendre le caractère fluctuant et dynamique, des formes d'acceptation et d'appropriation des mesures sanitaires.

Celles-ci sont éminemment corporelles. Nous avons pu mettre en lumière comment certaines mesures sanitaires étaient plus « incorporées » que d'autres, notamment quand elles demandent un investissement subjectif chez les personnes car elles se basent sur un modèle contractuel et non pas contraignant. De même, nous avons montré comment ces investissements sont plus ou moins facilement actionnables selon les socialisations des personnes, lesquelles sont à leur tour, inscrites dans des rapports sociaux de genre et de classe. Finalement, ces appropriations corporelles des mesures sanitaires, ne sont pas données en bloc et une fois pour toutes, elles nécessitent des cadres interactionnels spécifiques afin d'être « réactivées ». D'où la nécessité de concevoir la corporéité de l'appropriation en lien avec ses dimensions temporelles et relationnelles.

Un autre apport de cette recherche est celui qui permet de sortir de l'aporie « attitudes/comportements » et de leur manque de concordance, souvent mise en avant dans les travaux sur l'acceptabilité. La mise en lumière des formes de justification permet de sortir d'une vision univoque des liens entre adhésion et comportement, mais aussi d'une vision substantialiste des individus et des institutions sanitaires. Elle permet de comprendre les exercices critiques auxquels il-elles s'adonnent en fonction des situations et contextes sociaux dans lesquels il-elles évoluent. L'analyse en termes de « registres de justification », permet non seulement de rendre compte des capacités critiques des acteurs·rices engagé·e·s dans des situations incertaines mais aussi de donner à voir les configurations normatives en temps de pandémie. Celles-ci, se construisant autant par le haut que par le bas, relèvent des formes d'évaluation du « juste/injuste », selon des paramètres différents (parce que dans « l'ordre/désordre » des choses, ou parce qu'« équitable/inéquitable » ou encore démocratique/non-démocratique). Cette approche analytique nous incite ainsi à rendre compte des arrangements et des conflits à l'intérieur de ces « cités » ou mondes normatifs.

Malgré ces apports, nous aurions aimé pouvoir récolter des données supplémentaires. Nous regrettons la temporalité courte de la recherche qui laisse en suspens des questionnements qu'il conviendrait d'étudier dans des recherches futures.

Ces questionnements pourraient être réduits à la question suivante : « *que nous reste-t-il du covid ?* ». A l'allure simple, cette question intègre cependant plusieurs enjeux sociaux et sanitaires, pour la population mais aussi pour les instances décisionnelles et les pouvoirs publics.

Le 5 mai 2023, l'Organisation mondiale la santé a levé l'alerte maximale sur le Covid-19, trois ans après le début de la pandémie malgré la circulation toujours active du coronavirus, nous constatons une envie générale « d'oublier » cette expérience et épreuve collective, ce que confie une femme du quartier : « c'est vrai qu'on a vite oublié ce calvaire. Oui, c'est vrai ».

Cependant cette volonté de laisser derrière nous cet épisode pandémique ne doit pas conduire à négliger la poursuite des questionnements scientifiques.

Les questions restent nombreuses et concernent plusieurs domaines, comme les changements dans l'organisation du système de soins, les pratiques professionnelles, la communication sanitaire, les rapports entre différents niveaux administratifs et sectoriels, les prérogatives d'un pouvoir policier élargi pendant la pandémie mais qui se maintient, les modalités de travail, les interventions socio-sanitaires, en somme le renforcement des inégalités sociales et de santé.

La crise sanitaire a notamment mis en lumière les faiblesses du système de santé publique français et de sa « démocratie sanitaire ». Ces faiblesses, jusqu'ici identifiées comme liées aux difficiles conditions de travail des professionnels, aux sous-équipements des structures de santé publique, c'est à dire des manques matériels, se sont également révélées dans les formes d'organisation et de conception de la santé publique. La pandémie a montré comment la santé publique doit sortir d'une organisation construite autour du « tout curatif », « hospitalocentriste » et repenser ses actions et organisations socio-sanitaires à partir d'une vision territoriale et sociale. Notre recherche a montré la nécessité de sortir des visions réductionnistes des individus, et promeut ainsi des pistes de réflexion sur des formes de prévention qui ne se réduisent pas à un problème de comportements individuels. Plusieurs questions subsistent et alimentent la nécessité d'une mémoire du temps présent, réfléchi à partir des perspectives par « le bas » et par le « haut ».

De manière globale, suite à la gestion de la crise sanitaire notre politique scientifique et nos institutions de recherche sont questionnées sur leur (in)capacité à faire face à une crise majeure pour la santé publique. Les opérations de recherche menées durant la pandémie ont été entachées de nombreuses questions liées d'une part à l'intégrité scientifique (Dubois et Guaspere, 2022) et d'autre part aux nouveaux usages en matière de recherche, plus spécifiquement concernant l'usage et la réutilisation des données de santé (De Fallois, 2021). En conséquence la recherche doit faire face à une crise de confiance impactant non seulement la potentialité des citoyens de participer à des recherches, y compris de manière participative, mais également la place des sciences humaines et sociales pour mieux accompagner la recherche. En outre, l'implication de nos équipes de recherche durant la crise et en particulier l'incapacité de produire des résultats à grande échelle ou encore un vaccin ont mis en lumière les défaillances de notre système de recherche, engageant nos gouvernants dans une réforme profonde de notre organisation. Par conséquent, dans son discours du 7 décembre 2023, le Président a rappelé que la crise avait été un révélateur des faiblesses de la recherche française et qu'il convenait d'y remédier notamment en éclairant les citoyens et en organisant un « pilotage » de notre future stratégie avec l'établissement d'un Conseil Présidentiel de la Science. Toutefois, cette réponse, si elle répond bien à un besoin de réorganisation de notre politique de la recherche, ne doit pas occulter la nécessité de saisir les problématiques de terrain au sein des territoires. La crise COVID a mis en évidence les problématiques spécifiques aux quartiers populaires et, comme nous l'avons montré, la nécessité de se rapprocher localement des besoins. Ici le rôle des collectivités territoriales, que l'on pourrait imaginer élargi, et des SHS sera primordial afin de proposer des actions et des mesures de mise en œuvre les plus appropriées. Si la régulation « par le haut » est une nécessité de cohérence nationale elle suppose toutefois d'être doublée par une mise en application « par le bas »

dotée de moyens suffisants, pour et avec les citoyens, pour leur en permettre une bénéfique appropriation.

Références Bibliographiques

Akrich, M., & Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. *Santé publique*, (1), 69-74.

Andrieu, B. (2022), « La voix des masques. Un symbolisme renouvelé par la Covid-19 », *Corps*, vol. 20, no. 1, pp. 207-221.

Arborio, A. M., & Lechien, M. H. (2019). La bonne volonté sanitaire des classes populaires : Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé. *Sociologie*, 10(1), 91-110.

Bajos, N., Jusot, F., Pailhé, A., Spire, A., Martin, C., Meyer, L., ... & Carrat, F. (2021). When lockdown policies amplify social inequalities in COVID-19 infections: evidence from a cross-sectional population-based survey in France. *BMC public health*, 21(1), p. 1-10.

Bajos N, Spire A, Silberzan L, Sireyjol A, Jusot F, Meyer L, Franck J-E et Warszawski J et the EpiCov study group (2022) When lack of trust in the government and in scientists reinforces social inequalities in vaccination against Covid-19 front. *Public Health* 10 :908152.

Baranne ML, Azcona B, Goyenne P, Moutereau A, Buresi I. Impact de la crise sanitaire due au SARS-CoV-2 sur le statut staturo-pondéral des enfants de quatre ans : comparaison des données des bilans de santé en école maternelle du Val-de-Marne, de 2018 à 2021. *Bull Epidémiol Hebd.* 2022;(8):154-60. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/8/2022_8_1.html

Batellier, P. (2015). L'acceptabilité sociale – Cartographie d'une notion et de ses usages. Montréal (UQAM) : Les Éditions du Centr'ERE. ISBN 978-2-924367-22-3

Bendavid, E., Oh, C., Bhattacharya, J., & Ioannidis, J. P. (2021). Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19. *European journal of clinical investigation*, 51(4), e13484.

Bergeron, A. (2016), « Médiation scientifique », *Arts et Savoirs* [En ligne], 7 | 2016, mis en ligne le 06 décembre 2016, consulté le 14 décembre 2023. URL: <http://journals.openedition.org/aes/876> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/aes.876>

Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P., Dedieu, F. (2020). *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.berge.2020.01>

Bessin, M. et Grossetti, M. (2021) Les expériences temporelles du confinement : une épreuve inédite de synchronisation. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, n° 34-35.

Boissonade, J. et al. (2016), « Mettre à l'épreuve l'acceptabilité sociale », *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement*, volume 16, numéro 1.

Bloy, G., et Sarradon-Eck, A. (2022), « Des généralistes dans la première vague : les adaptations des pratiques en médecine générale face à la pandémie de Covid-19 », *Les Tribunes de la santé*, vol. 73, no. 3, pp. 87-102.

Boltanski, L. et Thévenot L. (1991), *De la justification, les économies de la grandeur*, coll. «. NRF Essais », Paris, Gallimard.

Boltanski, L. (1993). *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique* (Paris : Métailié)

Boltanski, L. (2009), *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, Gallimard, coll. NRF-Essais, 294 p.

Bonnotte, C. (2016), « L'acceptabilité sociale est-elle un indice de la qualité de la justice administrative ? », *Revue française d'administration publique*, 2016/3, n° 159, p. 689

Bony L., Froment-Meurice M. & Lecoquierre M. (2021), « Les dimensions spatiales du maintien de l'ordre. Introduction », *Carnets de géographes*, 15.

Boulestreau, M., Caro, V., Dantan, E., Fernandez, Y., Gasse, S., Gourzones, C., Lange, F., Louis, V., Pawlotsky, A. et Pezron, L., « Les mesures locales d'aggravation de l'état d'urgence sanitaire », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 29 avril 2020, consulté le 27 novembre 2023. URL: <http://journals.openedition.org/revdh/9189>; DOI: <https://doi.org/10.4000/revdh.9189>

Bourdieu, P. (1977), « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps ». In : *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 14, avril 1977. Présentation et représentation du corps. pp. 51-54

Calavita, K. (2016). *Invitation to Law and Society, Second Edition* ([edition unavailable]). The University of Chicago Press. Retrieved from <https://www.perlego.com/book/1840505/invitation-to-law-and-society-second-edition-an-introduction-to-the-study-of-real-law-pdf> (Original work published 2016)

Cardi, C. (2010) *La Mère de milieu populaire : comme figure disciplinaire et figure à discipliner*, « La construction sexuée des risques familiaux », *Politiques sociales et familiales*, n° 101, p. 35-45.

Cefaï, D. et Gardella, E. (2012), *Comment analyser une situation selon le dernier Goffman. CURAPP, Erving Goffman et l'ordre de l'interaction*, p. 233-265.

Champeil-Desplats, V. (2020), « Qu'est-ce que l'état d'urgence sanitaire ? D'un état d'urgence à l'autre, ou l'intégration des régimes d'exception dans les États de droit contemporains », *Revue française d'administration publique*, vol. 176, no. 4, pp. 875-888.

Chaumon, M-E. (2016), "L'acceptation située des technologies dans et par l'activité : premiers étayages pour une clinique de l'usage." *Psychologie du Travail et des Organisations* 22.1 (2016): 4-21.

Chauvin, B., Hermand, d. (2006), « Influence des variables distales sur la perception des risques : une revue de la littérature de 1978 à 2005 », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, vol. 72, no. 4, pp. 65-83.

Chauvin, P-M., Diarra, M., Lenouvel, M. et Ramo A. (2021), "Brèche temporelle et polarisation sociale", *Temporalités* [Online], 34-35 | 2021, Online since 16 March 2022, connection on 20 March 2023. URL : <http://journals.openedition.org/temporalites/9174>; DOI : <https://doi.org/10.4000/temporalites.9174>

Cresson, G. (2001). 4. Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. In Femmes et hommes dans le champ de la santé (pp. 303-328). Presses de l'EHESP.

Dantan, E., Lange F., Boulestreau, M., Gasse, S., Fernandez, Y. et Louis, V. (2020), « Les pratiques policières pendant l'état d'urgence sanitaire », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 23 novembre 2020, consulté le 10 décembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/10623>

Darmon, M. (2005) Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain. *Genèses*, no 1, p. 098-112.

Darmon, M. (2016). *La socialisation*. Armand Colin.

De Certeau, M. (1990), *L'invention du quotidien, 1. Arts de faire*, Paris, Gallimard.

De Fallois, M. (2021). Les traitements de données de santé à des fins de recherche liés à la COVID-19 : quelle régulation par la CNIL ? *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, 29, 26-32. <https://doi.org/10.3917/jdsam.212.0026>

Desgroseillers, V., Vonarx, N., Guichard, A. (2007) La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis. 364.

Demailly L. (2014), « Variations de la 'démocratie sanitaire' et politique publique de santé mentale en France », *Sociologies, Théories et Recherches*.

Dozon J.-P. (2020), « "Quatre modèles de prévention" revisités au prisme du Covid-19 », *Socio*, 14, p. 167-179. <https://doi.org/10.4000/socio.10761> DOI : [10.4000/socio.10761](https://doi.org/10.4000/socio.10761)

Dozon J.-P., (2022) "Un modèle archaïque de prévention et de lutte contre les épidémies réinventées par le Covid-19", *Questions de communication*, 41 | 2022, 173-184.

Dozon, J.-P. (2001), Quatre modèles de prévention. In Dozon, Jean-Pierre et Fassin, Didier (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, p. 23-46.

Dounot, C. (2023), Urgence sanitaire et société disciplinaire. Le culte de l'efficacité validé par le droit in *Pandémie, Droit et Cultes* Sous la direction de : Joël Hautebert , Christophe Eoche-Duval , Guillaume Drago, Mare et Martin, pp 47-76

Dubar, C. (2008), Temporalité, temporalités : philosophie et sciences sociales. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, no 8.

Dubois M., Guaspare C. (2022), L'intégrité scientifique et l'éthique de la recherche à l'épreuve de la crise Covid-19, Paris, Sorbonne Université, disponible à <https://www.gemass.fr/projet-covethos-le-rapport-de-recherche-est-boucle-lintegrite-scientifique-et-lethique-de-la-recherche-a-lepreuve-de-la-crise-covid-19-une-enquete-par-questionnaire-aupres-du-personnel/>

Duchesne, S. & Haegel, F. (2004). La politisation des discussions, au croisement des logiques de spécialisation et de conflictualisation. *Revue française de science politique*, 54, 877-909. <https://doi.org/10.3917/rfsp.546.0877>

Dumitru, S. (2020), Le nationalisme est-il bon pour la santé ? *The Conversation*.

Dumont, H. (2022), *Le COVID-19 : quels défis pour les États et l'Union européenne ?*

Elias, N. (1991), *La Société des individus*. Paris: Fayard.

Ewick, P. & Silbey, S. (2004). La construction sociale de la légalité (traduction de Guilhem Cassan, Daniel Didier, Édouard Gardella, Liora Israël, Romain Lutaud, Carine Ollivier, Jérôme Pélisse, Matthieu Pujuguet, Julien Souloumiac, Marie Trespeuch, Gêrôme Truc, Be. *Terrains & travaux*, 6, 112-138. <https://doi.org/10.3917/tt.006.0112>

Fassin, D. (2011) *La force de l'ordre. Une anthropologie de la police des quartiers*, Seuil, Paris, 393 p.

Fassin, D. et al. (2020), « La démocratie à l'épreuve de l'épidémie », *Esprit*, vol., no. 10, pp. 81-106.

Faya Robles, A. (2013). La « police amie des mères » : nouvelles modalités de la régulation sanitaire au Brésil contemporain. *Sociologie*, 4, 63-79. <https://doi.org/10.3917/socio.041.0063>

Favret-Saada J. (2011), « La mort aux troussees », dans M. Gribinski (dir.), *Le Temps du trouble*, Paris, Éditions de l'Olivier, pp. 207-217.

Finucane ML, Slovic P, Mertz CK, Flynn J, Satterfield TA. (2000), Gender, race, and perceived risk: The "white male" effect. *Health, Risk & Society*. 2000 ;2(2) :159-172. doi :[10.1080/713670162](https://doi.org/10.1080/713670162)

Fortin, M.-J. et Fournis, Y. (2013), *Facteurs pour une analyse intégrée de l'acceptabilité sociale selon une perspective de développement territorial : l'industrie du gaz de schiste au Québec : étude S1-3 remise au Comité d'évaluation environnementale stratégique des gaz de schiste et au MDDEFP*. Chaire de recherche du Canada en développement régional et territorial, Département sociétés, territoires et développement, Université du Québec à Rimouski, GRIDEQ-CRDT.

Foucault, M. (2001), *Dits et Écrits*, I et II, Paris, Gallimard.

Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir*. Gallimard.

Frégosi, F. (2020), *Prier et jeûner au prisme du Covid 19. L'islam de France s'adapte*. hal03090448f

Friser A., Arpin M.-L., Gendron C. et al. (2022), « L'acceptabilité sociale des mesures sanitaires : retour sur l'impératif de la participation publique », *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, 2022/4 (N° 108), p. 114-118. DOI : 10.3917/re1.108.0114. URL : <https://www.cairn.info/revue-responsabilite-et-environnement-2022-4-page-114.htm>

Galerand, E. & Kergoat, D. (2014), « Consubstantialité vs intersectionnalité ? À propos de l'imbrication des rapports sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, 26 (2), 44-61.

Gauthier, J. (2020) « État d'urgence sanitaire : les quartiers populaires sous pression policière », in : Solène Brun et Patrick Simon (dir.), *Dossier « Inégalités ethno-raciales et pandémie de*

coronavirus », De facto [En ligne], 19 | Mai 2020, mis en ligne le 15 mai 2020. URL : <http://icmigrations.fr/2020/05/15/defacto-019-03/>

Geisser, V. (2020), « L'hygiéno-nationalisme, remède miracle à la pandémie ? Populismes, racismes et complotismes autour du Covid-19 », *Migrations Société*, vol. 180, no. 2, pp. 3-18.

Gendron C. (2014), « Penser l'acceptabilité sociale : au-delà de l'intérêt, les valeurs », Communiquer [En ligne], 11 | 2014, mis en ligne le 01 février 2015, consulté le 24 février 2023. URL: <http://journals.openedition.org/communiquer/584>; DOI : <https://doi.org/10.4000/communiquer.584>

Gilbert, P. (2020), « Le covid-19, la guerre et les quartiers populaires », *Métropolitiques*, 15 avril 2020. URL: <https://www.metropolitiques.eu/Le-covid-19-la-guerre-et-les-quartiers-populaires.html>.

Giraud, O., Tietze, N., et Noûs, C. (2020), Un test à l'échelle mondiale : solidarités territoriales dans la crise sanitaire. *La Vie des idées*.

Grojean, O. (2015), Sensibilisation et coercition. A propos de quelques questions relatives au façonnage institutionnel des individus. *Emotions et expertises ; les modes de coordination des actions collectives*, p. 73-92.

Gross, O. (2020). Les défis associés à la fonction de médiateur de santé pair : enjeux pour leur formation initiale et continue. *Rhizome*, 75-76, 164-173. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0164>

Guéranger, D. (2012). La monographie n'est pas une comparaison comme les autres : Les études de l'intercommunalité et leur territoire. *Terrains & travaux*, 21, 23-36. <https://doi.org/10.3917/tt.021.0023>

HAS (2017) : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf

Hennette Vauchez, S. (2022), La démocratie en état d'urgence : Quand l'exception devient permanente, Le Compte à Rebours, Seuil, Paris

Hivert, J. et Spire, A. (2022), Les classes populaires face à l'épidémie. Une enquête ethnographique dans un quartier de Mulhouse, Conseil national de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Hoggart, R. (1970), *La culture du pauvre*, Paris, Éditions de Minuit.

Jardin, A., Prêteceille, E., Robert, P. & Zauberman, R. (2021). Territoires et insécurité en Île-de-France. *Déviance et Société*, 45, 319-355. <https://doi.org/10.3917/ds.452.0121>

Kiermes Tavares, D. (2007), Cotidiano, Morte e Sociabilidade numa Localidade de Periferia de Recife, Revista brasileira de sociologia da emoção, vol. 6, numéro 17, Agosto.

Lahire B. (1996), La variation des contextes dans les sciences sociales. Remarques épistémologiques. In : *Annales. Histoire, Sciences Sociales*. 51^e année, N. 2, pp. 381-407.

Lahire, B. (2017), Ce que peut la sociologie. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 54 : 261-279. <https://doi.org/10.1111/cars.12149>

Lambert, A., Cayouette-Remblière, J. (dir.), (2021), *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*, La Tour d'Aigues, INED, Éditions de l'Aube, coll. « Monde en cours », 439 p., Préf. Dominique Méda, ISBN : 978-2-8159-4262-1.

Leterre, T. (2021), « Crise et liberté. Une conversation autour de la pandémie Coronavirus », *Raison présente*, vol. 217, no. 1, pp. 63-72.

Li Vigni, F. (2021). L'épidémiologie computationnelle à l'ère de la COVID-19 : Enjeux disciplinaires et politiques d'une spécialité fondée sur l'étude des réseaux. *Réseaux*, 228, 23-60. <https://doi.org/10.3917/res.228.0023>

Mariette, A. (2021). « Santé communautaire » et « santé publique » en territoires populaires : « participation » des habitant·e·s ou gouvernement des conduites ? Des catégories, des pratiques et des agents en circulation entre la France, le Québec et la Belgique. *Revue française des affaires sociales*, 319-332. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0319>

Mariette, A. et Pitti, L. (2020), « Covid-19 en Seine-Saint-Denis 1/2 : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques*, 6 juillet 2020. URL: <https://www.metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-1-2-quand-l-epidemie-aggrave-les-inegalites-de-santé.html>

Mariette, A. (2017). Des agents locaux aux prises avec une catégorie floue d'action publique. Enquête sur la « santé publique » dans une commune populaire de la banlieue parisienne. *Lien social et Politiques*, (78), 151-170. <https://doi.org/10.7202/1039343ar>

Marlière, É. (2019), « La cité en confinement : Jeunes en résistance », *Les Cahiers Dynamiques*, 77, 130-140.

Massé, R. avec la collaboration de Jocelyne Saint-Arnaud (2003), *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Presses de l'Université Laval, 413 p.

Maudet, M. & Spire, A. (2022). Chapitre 3. Des jeunes à distance de l'État : Les effets de la crise épidémique. Dans : Yaëlle Amsellem-Mainguy éd., *Jeunesses : D'une crise à l'autre* (pp. 85-101). Paris : Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.amsel.2022.01.0085>

Mauss, M. (2021), *Les techniques du corps*. Éditions Payot, 2021 (1934).

Memmi, D. (2003), *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Ed. La Découverte.

Memmi, D., (2004) Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort, in Fassin D., Memmi D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris : Éditions de l'EHESS, coll. « Cas de figure ».

Millet, M., Thin, D. (2005), « Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité », *Lien social et Politiques* (54), p. 153–162.

Mucchielli, L. (2020). 45. Peut-on parler de dérive sécuritaire de l'État ? Dans : Serge Paugam éd., *50 questions de sociologie* (pp. 437-446). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.pauga.2020.01.0437>

Némery, J.-C. (2020), « Le rôle du maire en temps de crise », *Revue française d'administration publique*, vol. 176, no. 4, pp. 937-946.

Neveu, E. (1999), Pour en finir avec l'« enfantisme ». Retours sur enquêtes. *Réseaux. Communication-Technologie-Société*, vol. 17, no 92, p. 175-201.

Noûs, C. (2020). Covid-19, la guerre et les quartiers populaires. *Sociétés contemporaines*, 116, 187-201. <https://doi.org/10.3917/soco.116.0187>

Pasquali, P. & Schwartz, O. (2016). *La culture du pauvre* : un classique revisité : Hoggart, les classes populaires et la mobilité sociale. *Politix*, 114, 21-45. <https://doi.org/10.3917/pox.114.0021>

Peretti-Watel P., Seror V., Cortaredona S., Launay O., Raude J., Verger P., Beck F., Legleye S., L'Haridon O., Ward J. (2021), Coronavirus and Confinement; Longitudinale E; COCONEL; Study Group. Attitudes about COVID-19 Lockdown among General Population, France, March 2020. *Emerg Infect Dis.* 2021 Jan;27(1):301–3. doi: 10.3201/eid2701.201377. Epub 2020 Nov 12. PMID : 33183493 ; PMCID : PMC7774552

Plohl N et Musil B (2021) Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: The critical role of trust in science. *Psychology, health & medicine* 26(1) :1-12.

Pinell, P. (1992), *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, A.-M. Métailié.

Pronovost, G. (2009), Le rapport au temps des adolescents : une quête de soi par-delà les contraintes institutionnelles et familiales. *Informations sociales*, no 3, p. 22-28.

Renard, S. (2021), La contribution du droit souple au maintien de l'ordre public sanitaire : l'expérience française de la lutte contre la Covid-19 entre mars et septembre 2020, *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux*, n°19, pp 31-39

Renaudie, O. (2020). Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? *Revue française d'administration publique*, 176, 901-912. <https://doi.org/10.3917/rfap.176.0059>

Revel, J. (1994). Histoire, sociologie, histoire. *Le Débat*, 79, 85-90. <https://doi.org/10.3917/deba.079.0085>

Rigouste, M. (2012). *La domination policière : Une violence industrielle*. La Fabrique Éditions.

Rothier Bautzer, É. (2016), Chapitre 2. Une approche sociologique du soin comme travail relationnel. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27, 41-57. <https://doi.org/10.3917/jib.271.0041>

Roumiguié, G. (2023), *Les répercussions de la crise Covid-19 sur la santé et le bien-être des enfants*, mémoire de recherche.

- Saint-Bonnet, François (2007), « L'état d'exception et la qualification juridique », CRDF, no 6.
- Savage M. (2000), *Class Analysis and Social Transformation*, Buckingham/Philadelphie, Open University Press
- Simon, E. (2022), « La démocratie sanitaire peut-elle guérir de l'épidémie de Covid-19 ? », *Questions de communication*, vol. 41, no. 1, pp. 151-158.
- Sintez, C. (2020), « Les postures normatives face à la gestion normative de la crise sanitaire de la COVID-19 », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 85, no. 2, pp. 65-88.
- Skeggs, B. (2015). *Des femmes respectables : Classe et genre en milieu populaire*. (Pouly, M.) Agone. <https://doi.org/10.3917/agon.berve.2015.01>
- Tabuteau, D. (2013), *Démocratie sanitaire, Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob.
- Terrade, F. et al. (2009), « L'acceptabilité sociale : la prise en compte des déterminants sociaux dans l'analyse de l'acceptabilité des systèmes technologiques », *Le travail humain*, vol. 72, no. 4, 2009, pp. 383-395.
- Valade, B. (2013). La traversée des disciplines : passages et passeurs. *Hermès, La Revue*, 67, 80-89. <https://doi.org/10.4267/2042/51890>

ANNEXES

A l'attention de
RIAL-SEBBAG Emmanuelle

À Toulouse, le 30 novembre
2022

Affaire suivie par :

Christina
WATKINS
CER-
DRDV

Courriel : bureau-cer@univ-
toulouse.fr Tél. : 05 61 10 80
30

Objet : Avis du bureau pour le projet resoumis 2022-564

Titre du projet soumis : ADN-POP / Appropriations différentielles des normes sanitaires et des restrictions de libertés: Monographie d'un quartier populaire en temps de pandémie

Porteur de projet : RIAL-SEBBAG Emmanuelle, laboratoire CERPOP, UT3/

IFERISS

Madame,

Compte tenu des éléments fournis dans votre demande, le Comité d'Éthique pour les Recherches de l'Université de Toulouse émet l'avis suivant : **Avis Favorable.**

Nous rappelons, par ailleurs, qu'il relève de la responsabilité des chercheurs de se conformer à leurs obligations légales notamment en ce qui concerne les aspects d'homologation du lieu de recherche, **tout particulièrement lorsque les participants sont des personnes vulnérables**, ou RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données.

Le porteur de projet qui fait appel aux services du CER de Toulouse s'engage à signaler au bureau du CER tout événement non-anticipé survenant en cours d'étude. Ces éléments permettront d'engager un dialogue avec le bureau aux fins de protéger les participants comme les chercheurs impliqués et seront utilisés aux fins d'amélioration des futurs services et conseils que le CER pourrait donner.

Le Comité d’Ethique rappelle au porteur de projet qu’il doit tenir compte des conditions sanitaires actuelles et, **à minima**, mettre en œuvre un protocole sanitaire adapté en conformité avec les recommandations des tutelles.

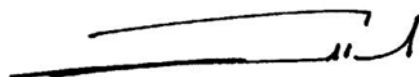
Nous restons à votre disposition pour toute

question. Les membres du bureau CER.

Pr Jacques Py
Sastre

Dr Rémi Capa

Pr Maria Teresa Munoz



Université Fédérale Toulouse Midi-Pyrénées

41, allées Jules Guesde – CS 61321 – 31013
Toulouse CEDEX 6

www.univ-toulouse.fr

Toulouse, le 13/12/2022

Objet : Attestation de conformité à la MR004 du projet de recherche intitulé « ADN-POP », IFERISS (FED 4142)

Par la présente, j'atteste que :

- L'Université Toulouse III – Paul Sabatier a effectué une déclaration de conformité de ses traitements de données à caractère personnel au référentiel de méthodologie de référence MR-004 (n° de référence CNIL 2219053 v0) ;
- Le projet de recherche objet de la présente relève de la qualification « Recherche n'impliquant pas la personne humaine », au sens de l'article R.1121-1 du Code de la santé publique, et constitue une étude dite « Monocentrique » au sens de la doctrine de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, émise le 10/12/2018.¹
- Le traitement de données à caractère personnel effectué dans le cadre du projet de recherche objet de la présente a fait l'objet d'une mise en conformité au regard du référentiel de méthodologie de référence MR004.
- Cette mise en conformité est valable pour autant que le porteur du projet mette en œuvre de manière effective les mesures prescrites par le référentiel précité ainsi que par l'analyse d'impact relative à la protection des données qui a été produite par le Délégué à la protection des données.



Nicolas Ragot
Délégué à la protection des données

¹ <https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-comment-proceder-pour-une-these-ou-un-memoire>

Notice d'information et formulaire de consentement

Titre de la recherche : ADN-POP/ Appropriations différentielles des normes sanitaires et des restrictions de libertés : Monographie d'un quartier populaire en temps de pandémie.

Lieu de la Recherche : Quartier Le Mirail, Toulouse.

Chercheur responsable scientifique du projet : Emmanuelle RIAL-SEBBAG, emmanuelle.rial@univ-tlse3.fr, Tel : +33 (0)5 61 14.56.16, Directrice de recherches Inserm, CERPOP, UMR 1295, Inserm, Université de Toulouse - Université Paul Sabatier -Toulouse III, 37, allées Jules Guesde, 31073- Toulouse Cedex

But du projet de recherche : Cette recherche se propose d'étudier comment les mesures sanitaires (confinements, couvre-feux, obligation du port de masque, etc.), liées à l'état d'urgence sanitaire au moment de la pandémie de Covid-19, ont été reçues et vécues par les habitant.e.s du quartier Le Mirail (Toulouse).

Ce que l'on attend de vous: Si vous acceptez de participer à cette étude, vous participerez en répondant à un entretien en face à face avec un membre de l'équipe de recherche. L'entretien dure une (1) heure environ et sera enregistré avec un dictaphone afin de pouvoir le retranscrire. L'ensemble d'entretiens retranscrits (20 entretiens) nous permettront d'effectuer des analyses afin de comprendre les formes d'acceptation des mesures sanitaires.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps : Votre contribution à cette recherche est volontaire et sur la base du volontariat. La participation ne donne droit à aucune rémunération. Votre refus de participer n'aura aucune conséquence sur vous et vous pouvez vous retirer ou cesser votre participation à n'importe quel moment de l'entretien. Ceci est un droit qui ne demande aucune justification.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée : Les données issues des entretiens seront scrupuleusement traitées avec la plus grande confidentialité. Les données ne seront utilisées que dans le cadre de l'étude et ne seront pas transmises à des personnes extérieures à l'équipe de recherche. Elles seront gardées dans un endroit sécurisé.

L'équipe de recherche changera **vosre identité par un code spécifique** et toute donnée, qui puisse vous identifier, sera changée par un pseudonyme. Les **procédures d'anonymat** seront mises en œuvre tout au long de cette recherche et lors de la diffusion des résultats. Les enregistrements des entretiens seront détruits au bout de deux (2) ans et les retranscriptions seront d'abord archivées pendant dix (10) ans, puis détruites.

Vous pourrez solliciter une **rectification des données ou retirer votre participation** seulement lors de la situation d'enquête liée à passation de l'entretien, puisque l'enregistrement (fichier audio) sera de suite anonymisé (à l'aide d'un code) et nous ne pourrons plus le retrouver avec votre nom et prénom.

Vous pourrez demander à être ultérieurement informé.e des résultats globaux de l'étude en vous adressant aux membres de l'équipe de recherche.

Bénéfices : Les avantages attendus de cette recherche sont d'obtenir une meilleure compréhension du vécu des mesures sanitaires dans un quartier populaire pendant la crise de Covid-19. Comprendre comment ces mesures ont été reçues et vécues, permettra de mieux les adapter lors de futures possibles pandémies.

Risques possibles : À notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort physique et/ou psychologique.

Diffusion : Cette recherche sera diffusée dans des colloques et elle sera publiée dans des actes de colloque et des articles de revue académique.

Vos droits de poser des questions en tout temps : Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le responsable scientifique du projet par courrier électronique à Mme. Rial- Sebbag.

Consentement à la participation : En signant le formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, qu'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante et qu'on vous a avisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

A remplir par le participant : J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Nom, Prénom – Date – Signature :

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier

Grille d'entretien « habitant.e.s »

Nom enquêteur :

Date/lieu entretien :

Question d'amorce : Pour commencer, on demande toujours aux personnes de se présenter....pouvez-vous vous présenter ?

(Relances **avec questions d'identification**) : âge, profession, situation maritale, enfants, situation administrative, lieu de naissance, niveau de scolarité.

Logement/ quartier:

- Dans quel quartier du Grand Mirail résidez-vous ? Comment cela se passe en temps normal ? et pendant la crise sanitaire ?
- Dans quel ensemble de bâtiments résidez-vous ?
- Quel type de logement occupez-vous ? En êtes-vous propriétaire ou locataire ?
- Disposez-vous d'un extérieur privatif ? (balcon, terrasse, loggia).
- Qui vit avec vous dans ce logement ?
- Depuis combien de temps vous y habitez? Comment cela se passe avec les voisins ? et pendant la crise sanitaire ?
- Comment vous y êtes-vous organisé durant le 1^{er} / 2^{ème} / 3^{ème} confinement?

Profession :

- Occupez-vous un emploi durant le premier confinement ? et pendant le 2^{ème} et le 3^{ème} ?
- Si oui, lequel ? Nécessitez-vous de sortir ? Avez-vous des attestations de votre employeur pour sortir ?
- D'autres membres de votre famille vivant avec vous travaillaient-ils ? Si oui, devaient-ils se déplacer ?
- Des mesures sanitaires particulières étaient-elles imposées sur votre/vos lieu(x) de travail ?
- Les avez-vous trouvées justifiées ou inutiles ? Efficaces ? Suffisantes ? Pour quelles raisons ?
- Avez-vous utilisé des masques, gants, gel hydroalcoolique lors de vos déplacements ? Pour quelles raisons ?

Rapport à la santé/ à la Covid :

- Avez-vous la CMU ou AME ?
- Consultez-vous régulièrement le médecin/ ou autre professionnel de santé ? pour quelles raisons ?
- Souffrez-vous d'une pathologie particulière ? Depuis quand ? Vous vous faites suivre pour cette pathologie ?
- Vous vous sentiez « à risque » lors de la pandémie ? pour quelles raisons ?
- Vous (ou quelqu'un de votre famille) a été positif au covid-19 ? comment vous (ou il/elle) l'avez su ? vous(il/elle) avez fait un test ? Quels symptômes vous (il/elle) avez développé ? Comment cela s'est passé ?
- Avez-vous consulté un professionnel de santé ? comment cela s'est passé ? Quels conseils vous a-t-on donné ? avez-vous pris des médicaments? lesquels?
- Vous avez eu nécessité une hospitalisation ? ou un membre de votre famille ?
- Êtes-vous entré en contact avec la CPAM ? Avez-vous donné le nom de vos proches ?
- Vous êtes resté combien de temps en convalescence? vous avez dû faire une quarantaine? comment cela se passait chez vous? pour l'organisation des repas, activités, espaces?

- Avez-vous (ou un membre de votre famille) été cas contact ? Comment vous l'avez su ? avez-vous pris des mesures spécifiques ? qu'est-ce que vous avez fait ?
- Pensez-vous que les mesures sanitaires étaient utiles pour se prémunir de la covid-19 ? lesquelles ? pourquoi ?
- Avez-vous développé d'autres mesures pour vous protéger de la covid-19 ? Lesquelles ?

Vaccination :

- Vous êtes-vous fait vacciner avec vaccin anti-covid ? Comment vous avez pris cette décision ? Si oui, Quand ? Combien de doses ?
- Aviez-vous des réticences ? Des peurs ou questionnements autour du vaccin ? Vous avez demandé conseil à quelqu'un ? Comment vous vous êtes informé ?

- Disposez-vous du pass sanitaire ? Avez-vous dû le produire souvent ?
- Qu'est-ce que vous pensez du pass sanitaire ?
- Si vous n'êtes pas vacciné, comment vous êtes-vous organisé (pour rentrer sur certains lieux, faire des démarches, etc) ?

Informations sur la Covid et mesures sanitaires:

- Comment vous informiez-vous sur l'évolution de la situation sanitaire? Et sur les différentes mesures mises en place par le gouvernement ?
- Est-ce que vos sources d'informations ont changé depuis le début de la Covid?
- A qui faites-vous confiance sur tout ça?
- Étiez-vous en lien avec un ou plusieurs professionnel(s) de santé ? Lesquels ?
- Avez-vous rencontré l'équipe de médiation- covid? Comment vous les avez connus ? Vous ont-ils aidé de quelque manière lors de l'épidémie de covid-19 (avec des informations, des masques, des inscriptions pour vaccination, etc. ?

Rapport aux mesures:

- Comment vous avez réagi aux différentes **mesures imposées par le gouvernement** (pour chacune : confinement, port du masque, distance physique, lavage des mains, couvre-feu, etc.)?
- Comment vous avez vécu **le premier confinement** vous étiez où? avec qui? comment ça s'est passé? vous avez pu vous confiner? vous sortiez à quelles occasions? vous pouviez faire des attestations de sortie? ((puis répéter pour 2^{ème} et 3^{ème} confinement))
- Avez-vous systématiquement rempli une attestation de déplacement lorsque vous sortiez durant le confinement ?
- Vos voisins respectaient le confinement ? comment cela se passait dans le quartier ?
- Avez-vous respecté les différents couvre-feux ?
- Avez-vous été contrôlé par la police ? Si oui combien de fois ? Comment le(s) contrôle(s) se sont-ils passés ? Comment les avez-vous vécus ?
- Ces mesures (de confinement, de couvre-feu, d'obligation du port du masque, etc) vous ont-elles paru appropriées ? utiles ? efficaces ? Pour quelle(s) raison(s) ?
- Avez-vous mis en place d'autres mesures (non recommandé par le gouvernement) pour vous protéger ? Comment vous les avez connues ?
- Que pensez-vous de la gestion de cette période par le gouvernement ?

Pour tous les professionnels:

Amorce (questions d'identification): Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter rapidement ? (Nom, prénom, âge, lieu de résidence, votre profession, etc.)

- Depuis combien de temps êtes-vous dans l'asso/institution/structure ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le quartier ?
- En quoi consiste votre travail (brièvement) ?
- Est-ce que vous pouvez me décrire la population auprès de laquelle vous travaillez ? (caractéristiques, difficultés ou facilités particulières, etc.)
- Quel poste occupez-vous ? En quoi consiste vos interventions/actions habituellement (avant la covid) ?

Crise sanitaire:

- Comment la crise a-t-elle modifié vos activités et pratiques professionnelles ? (relances : recrutements/licenciements, adaptations des espaces de travail, plus ou moins d'interventions, d'autres types d'actions, des nouveaux partenariats...)
- Avez-vous travaillé en présentiel sur le terrain depuis le début de la pandémie ? Comment cela se passait ?
- Quelles mesures de protection appliquez-vous pour vous-mêmes (masques, lavage des mains, gel, etc.)
- Qu'avez-vous pensé des mesures sanitaires/restrictions (confinement, couvre-feu, distanciation physique, port du masque obligatoire) ? Vous ont-elles paru justifiées ? Efficaces ? Suffisantes ? Inutiles ?
- De quelle manière ces différentes mesures ont modifié votre travail ?
- Avez-vous constaté des difficultés particulières (matérielles ou autres) chez les habitant.e.s pendant la crise sanitaire ?
- Pouvez-vous me décrire votre public ? (difficultés particulières ? Facilités dans l'accroche ?)
- Avez-vous constaté des difficultés chez vos publics à adopter/accepter les mesures sanitaires (1er, 2^e, 3^e confinement puis couvre-feux, distance physique, port du masque, lavage des mains) ? Pour quelle(s) raison(s) ?
- Comment les personnes y faisaient face ?
- Pensez-vous que les mesures sanitaires ont été suffisamment expliquées par les pouvoirs publics ? Comprises/respectées par vos publics ? Quelles sont les personnes ayant eu plus de difficultés à les respecter ? et des réticences à les respecter ?
- Comment les consignes sanitaires étaient comprises/acceptées par vos publics ?
- Sur quels points avez-vous travaillé pour les faire comprendre/accepter ?
- Vous avez perçu des changements après votre intervention ? lesquels ?
- D'après vous, pourquoi certaines consignes « accrochent » mieux que d'autres ?
- Est-ce qu'il vous semble que certaines personnes étaient particulièrement en résistance vis-à-vis de certaines mesures ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- Par rapport à la **vaccination anti-covid** : Est-ce que vous pourriez dire si les gens se sont vaccinés ? ils/elles sont plutôt pour ou contre ? pourquoi ?

- Comment ils.elles ont accès à la vaccination ?
- Avez-vous travaillé pour l'accès à la vaccination ? comment ?

La recherche étudie les formes d'appropriation des mesures sanitaires et restrictives édictées durant la période pandémie Covid-19 par les personnes appartenant aux classes populaires en fonction de leurs conditions matérielles, de leurs caractéristiques sociales, de leurs rapports aux normes de santé et à l'autorité publique. Elle propose une analyse des processus normatifs en croisant les apports disciplinaires de la sociologie de la santé, du droit et des quartiers populaires à l'analyse juridique de la réception des normes. Plus précisément, la recherche engage un examen pluridisciplinaire des rapports à l'autorité sanitaire, des compositions et des arrangements avec cette dernière, tels qu'ils se donnent à voir dans les pratiques et dans les discours de justification sur les mesures associées à la lutte contre la Covid-19.

Mêlant étude qualitative de type monographique au sein du quartier Le Mirail, de la ville de Toulouse (quartier concentrant populations immigrées et pauvres, classé « quartier prioritaire de la ville » et cible des politiques publiques en termes d'urbanisme, du maintien de l'ordre et de santé) et étude juridique permettant de confronter les formes d'appropriation « par le bas » avec les processus de constructions normatives « par le haut », la recherche a mis en lumière la place opérante de quatre dimensions expérientielles dans la réception et l'appropriation des mesures sanitaires : les relations, la temporalité, la corporalité et la justification. La dimension relationnelle opère autant dans les justifications que donnent les personnes de leurs formes d'acceptation, de transgression et de réadaptation des mesures sanitaires, que dans la régulation quotidienne des comportements et pratiques en santé. L'appropriation des mesures sanitaires a pu aussi être approfondie par l'analyse de diverses configurations temporelles. Que ce soit par des formes d'historicité de la pandémie, par des stratégies de synchronisation entre temps sociaux ou par les apprentissages divers, ces temporalités se manifestent autant dans les formes d'acceptation et appropriation des mesures sanitaires chez les habitants et habitantes du quartier, que dans les formes d'ajustement institutionnel visant l'acceptation sociale. Finalement, l'appropriation des mesures sanitaires passe par les corps, en termes d'incorporation de nouvelles pratiques et des enjeux interactionnels forts propres à la pandémie. Enfin, la mise en lumière des formes de justification données par différents acteurs permet de sortir d'une vision univoque des liens entre adhésion et comportement, mais aussi d'une vision substantialiste des individus et des institutions sanitaires. L'analyse rend compte des enjeux et arrangements par « le bas » et « le haut » dans des situations incertaines, mais permettant des configurations normatives en temps de pandémie.

Annalisa LENDARO, Centre d'Étude et de Recherche Travail, Organisation, Pouvoir, UMR 5044. (CERTOP)

Emmanuelle RIAL-SEBBAG, Centre d'Épidémiologie et de Recherche en santé des POPulations, UMR1295. (CERPOP)

