

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**



**SYNTHÈSE 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



## NOTE DE SYNTHÈSE

### **Projet ADN-POP : "Appropriations différentielles des normes sanitaires et des restrictions de libertés. Monographie d'un quartier populaire en temps de pandémie"**

#### **1. Problématique. Réceptions et appropriations des normes sanitaires « d'exception » en quartier populaire.**

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.

Le contexte pandémique est ainsi 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*) qui ont mis à mal le modèle de la démocratie sanitaire – initié dans les années 1990 – et qui constitue un univers normatif de la santé publique actuelle. C'est pourquoi nous nous sommes interrogées sur la manière dont les formes d'inflexion au modèle de « démocratie sanitaire » ont été construites et vécues dans le territoire d'un quartier prioritaire, et avons questionné 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.

Durant la pandémie, 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 couvre-feux (Hivert et Spire, 2022). 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, approfondie 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).

De plus, à partir de l'approche des « modèles préventifs » de Dozon (2001), nous avons opéré une distinction entre les différentes mesures sanitaires. Nous avons en effet été surprises par le fait que souvent les travaux qualitatifs en sciences sociales parlent soit d'une d'entre elles, notamment du 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.).

Enfin, il a été nécessaire de questionner 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 (Maudet et Spire, 2023). 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, 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 chacune. Des éléments objectifs, telles 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. C'est pourquoi 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.

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 conception 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.

## **2. Méthode. Une recherche interdisciplinaire qualitative.**

### ***Revue de littérature***

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 des trois thématiques qui ont guidé notre enquête : 1) Santé et classes populaires ; 2) Acceptabilité (des mesures) 3) Médiation en santé.

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.

Le dernier corpus 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 à 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 (CCNE), 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 étant 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.

### ***L'enquête de terrain : Monographie d'un quartier de grands ensembles en temps de pandémie.***

Pour comprendre de quelle(s) manière(s) les habitant·e·s de ces quartiers stigmatisés se sont approprié·e·s ou non les normes sanitaires relatives au covid-19, 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 différents 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.

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. « acteurs·rices professionnel·le·s ». Ceux-ci ont pu être testés et légèrement modifiés, lors de nos entretiens exploratoires réalisés pendant l'été 2022. 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 (en annexe) et dont l'attestation de conformité qui valide le traitement de données réalisé dans le cadre du projet de recherche est en annexe. 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.

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 ainsi rentrée 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 acteurs professionnels. 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 professionnels 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 acteurs professionnels (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 afin 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 médiateur·trices, documentation distribuée par les médiateur·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 sur les 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 médiateur·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. Effectués dans les locaux des associations qu'elles fréquentent et animés par trois chercheuses du projet, ces focus groups ont aussi été une opportunité pour établir des relations individuelles avec elles, débouchant plus tard sur trois entretiens individuels avec des femmes du quartier<sup>1</sup>, lesquels s'avèrent riches en données permettant des approfondissements sur les logiques biographiques dans les postures normatives, sur l'axe dispositionnel, comprenant les 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.

### ***Interdisciplinarité***

Le projet s'est inscrit dans une démarche interdisciplinaire associant des chercheur·e·s issues 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 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). La mise en œuvre de cette approche interdisciplinaire a notamment été réalisée lors de réunions de travail (3) de l'équipe de chercheuses à différentes phases du projet. Lors de ces réunions, un travail de triangulation des données sociologiques et juridiques ont permis de constituer des unités de sens (thématiques) communes. Cette articulation interdisciplinaire a pu aussi être approfondie lors des présentations orales et l'écriture des articles issues du projet.

---

<sup>1</sup> 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.

### 3. Principales conclusions de la recherche

#### Les quatre dimensions de l'appropriation des normes sanitaires

Lors de nos analyses, nous avons pu distinguer, 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. La mobilisation d'arguments très différents, comme les risques encourus par des personnes concrètes de l'entourage, l'accomplissement du rôle parental, les logiques de distinction entre « bons » et « mauvais » citoyens ou encore des arguments autour d'une sorte de « solidarité épidémique » permet aux personnes des positionnements normatifs face aux mesures sanitaires. 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 le « lien social », le « bien-être » des enfants ou des personnes âgées, etc. sont en consonance avec des formes de justifications par « le haut » et traversant les enjeux décisionnels dans la sphère du droit en période pandémique. D'autre part, cette dimension relationnelle de l'appropriation de mesures agit concrètement comme canal de régulation des comportements préventifs. Nous avons pu dégager diverses directions de ces relations jouant dans la construction et transmission des règles sanitaires, la relation la plus coercitive étant la présence policière dans le quartier. Nous avons pu observer aussi des formes plus « douces » (Memmi, 2004) de régulations des conduites, comme le rôle des associations et des professionnel·les de santé, dont le dispositif de médiation-covid, ainsi que la grande place des relations entre « proches » dans les formes d'appropriation des mesures sanitaires.

Émerge également de nos analyses une dimension temporelle de l'appropriation des mesures qui questionne la notion d'acceptabilité au regard de l'incertitude temporelle propre aux « crises ». À l'appui de l'analyse de nos différents corpus de données, nous avons pu identifier trois formes temporelles de l'appropriation des mesures. D'abord, apparaissent des formes d'historicisation de ces mesures qui s'inscrivent dans des temps longs individuels et collectifs, mais où la distinction des mesures sanitaires entre elles apparaît de manière forte. Si pour d'autres mesures sanitaires (par exemple, la distance physique ou le fait de ne pas s'embrasser) les historicisations sont graduelles et dans des formes de continuité possibles, le premier confinement de 2020 est vécu comme une « brèche temporelle ». Cette brèche trouve cependant des significations très différentes selon qu'elle soit représentée par le « haut » ou « par le « bas ». Si le confinement est présenté, par le haut, comme une rupture avec des processus macrosociaux entamés, comme la globalisation de la santé, la décentralisation décisionnelle et la démocratisation sanitaire, cette rupture est figurée comme un retour en arrière de ces processus. Chez les habitant·e·s du quartier nous retrouvons aussi ces représentations en termes de « brèche », mais cette parenthèse ne remet pas en question l'ordre social et le statu quo. Une deuxième forme « temporelle » de l'appropriation des mesures est celle qui se construit dans la nécessaire synchronisation entre temps sociaux. Le temps est alors une variable d'ajustement qui permet aux habitant·e·s du quartier d'appliquer les consignes en les adaptant à un rythme de vie propre. Ces stratégies de synchronisation entre temps sociaux sont notamment présentes lors du confinement, où un travail important de gestion temporelle doit être réalisé au sein des familles entre temps

individuels, familiaux, et temps institutionnels, scolaires et productifs dans le seul espace du foyer. Ce travail de synchronisation a été aussi vu comme nécessaire par le « haut » comme en témoignent les différents aménagements lors des confinements « partiels » suivants. La troisième forme temporelle de l'appropriation des mesures est celle qui se construit comme des formes d'inscription biographiques d'apprentissage des normes qui reposent sur l'expérience personnelle mais aussi collective. Ainsi, la dimension processuelle de l'acceptabilité met en lumière la nécessaire articulation entre la temporalité des mesures sanitaires (temporalité normative), elle-même non linéaire et problématique, avec les temporalités qui se construisent par le « bas ».

Finalement, à ces deux composantes s'ajoute une dimension corporelle de l'appropriation des mesures sanitaires. La corporalité de l'appropriation apparaît de manière éclatante dans les processus d'apprentissage aux normes sanitaires. Des techniques du corps comme se rappeler de prendre un masque avant de sortir, apprendre à tousser dans son coude, respecter le sens de circulation dans les commerces, ne plus s'embrasser, sont acquises de manière différentielle selon les personnes, car elles ne s'inscrivent pas dans des corps neutres, mais des corps socialisés. Les personnes font état alors des distinctions entre les mesures sanitaires, non pas tant ici en fonction de leur « niveau de contrainte » mais surtout selon les possibilités de les inscrire dans des habitudes corporelles. La dimension corporelle de l'appropriation des normes n'apparaît pas que dans son versant « d'incorporation », mais aussi nécessairement dans les mises en jeu des corps dans des situations et interactions marquées par le « risque » de contagion. Ce sont aussi dans ces positionnements corporels qui sont contextuels, variant selon les espaces sociaux, les temporalités sanitaires et les vicissitudes des interactions sociales, que se construisent des positionnements normatifs relatifs aux mesures sanitaires.

Une articulation de ces trois dimensions à partir d'une approche par la justification (Boltanski, 1991) nous permet enfin de démontrer leur caractère dynamique et engage un dialogue plus heuristique entre nos données sociologiques et juridiques afin de rendre compte de la complexité du rapport à la norme. Cette perspective par les « registres de justification » permet un décentrement par rapport aux approches positivistes de l'acceptabilité, concernant notamment les discordances entre discours et comportements, observées de façon générale dans le monde social (et ne se restreignant pas au seul moment pandémique) et de manière particulière dans notre enquête de terrain. Nous avons repéré quatre « registres de justification » se construisant par le « haut » et par « le bas ». Au-delà des arguments mettant en scène les « relations » sous leur forme plus ou moins abstraite (et qui vont des relations de voisinage aux invocations à une « solidarité sanitaire »), les acteurs individuels et collectifs mobilisent des arguments qui font appel aux « croyances » ou aux « nécessités matérielles » pour justifier autant des formes d'adhésion que de refus de la norme. Enfin, nous avons pu analyser comment les personnes produisent des discours critiques envers les formes décisionnelles des instances politiques et scientifiques, lesquelles participent à des postures normatives, sans pour autant jouer comme des déterminants absolus de leurs pratiques concrètes.

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).

#### **4. Conclusion, apprentissages et pistes de réflexions.**

##### **Quels « héritages » de la pandémie sur les pratiques individuelles et institutionnelles ?**

Les réflexions induites par le travail de recherche présenté ici 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 en termes empiriques analytiques sur plusieurs des points abordés, mais qui mériteraient des recherches approfondies et dédiées.

Il nous semble ainsi important de continuer à approfondir la perspective « relationnelle » des pratiques et comportements en santé des individus, autant dans le domaine de la recherche que dans celui des actions de prévention et de promotion de la santé. En effet, la dimension relationnelle de l'appropriation des mesures sanitaires nous a permis 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 autant des phénomènes de reproduction des rapports que des formes dynamiques pouvant produire des changements.

Cette approche processuelle de l'appropriation a pu être approfondie par l'analyse des configurations temporelles diverses. Qu'elles soient 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 autant dans les formes d'acceptation et appropriation des mesures sanitaires chez les habitant·e·s du quartier, que dans les formes d'ajustement institutionnel en vue d'une acceptation sociale.

Nous avons également 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, race et classe.

Enfin, 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.

Malgré ces apports, certains points restent en suspens, par manque de données supplémentaires que nous aurions aimé pouvoir récolter, les regrets d'une temporalité courte de la recherche mais aussi des questionnements qui, étant aussi liés aux limites de cette recherche, restent néanmoins comme des moteurs pour de possibles ouvertures de celle-ci.

Ces questionnements pourraient être réduits à la question « *qu'est-ce qui nous reste du covid ?* ». D'allure simple, cette question intègre cependant plusieurs enjeux sociaux et sanitaires, pour la population mais aussi pour les instances décisionnelles et les pouvoirs publics. Ces questions sont nombreuses et concernent plusieurs domaines non exhaustifs, comme les changements dans l'organisation du système de soins, dans les pratiques professionnelles, dans la communication sanitaire, dans les rapports entre différents niveaux administratifs et sectoriels, dans les prérogatives d'un pouvoir policier élargi pendant la pandémie mais qui se maintient, dans les modalités de travailler, dans les interventions du socio-sanitaire, dans les fortes conséquences de la crise qui ont renforcé les inégalités sociales et de santé.

De manière globale, ce sont nos politiques en santé publique ainsi que nos politiques scientifiques et nos institutions de recherche qui doivent être questionnées sur leur (in)capacité à faire face à une crise sanitaire majeure. Plusieurs questions subsistent et alimentent la nécessité d'une mémoire du temps présent, réfléchie à partir des perceptions par « le bas » et le « haut ».



