

TRIBUNE

Pourquoi avons-nous peiné à intégrer le risque lié au coronavirus ?

Par Stéphanie Mulot, professeure de sociologie et anthropologie, université Toulouse Jean-Jaurès.

(<https://www.liberation.fr/auteur/20617-stephanie-mulot>) — 18 mars 2020 à 17:32



A Paris, samedi soir, avant la fermeture temporaire des bars. Photo Cyril Zannettacci. Vu pour Libération

Impression que le virus atteint surtout les autres, tendance à nier le risque, ou encore imprécision des messages de santé publique explique la tardive réaction des Français·e·s.

Tribune. La réaction des populations à un risque d'épidémie est le résultat de l'adéquation entre la perception du risque de contracter l'infection, la nature des relations sociales, l'état des données scientifiques, les cadres sociétaux, et les politiques publiques. C'est ce que nous enseigne la sociologie, en insistant sur les inégalités entre les milieux socioculturels et les sexes.

Risques reportés, invulnérabilité, invisibilité, déni, défi sont des freins...

Face au Covid-19, la difficulté est de comprendre que les gestes et interactions sociales d'aujourd'hui peuvent produire, de façon peut-être exponentielle, les malades et les morts du mois prochain, et saturer des services hospitaliers en cas graves, ayant moins de chances de survie. Mais gérer des risques reportés, dont les conséquences peuvent ou non se manifester à plus de dix jours, repose sur la possibilité d'anticiper l'évolution d'une épidémie, qui peut initialement sembler invisible et irréaliste, par l'accès à une information claire.

Le premier frein naît souvent de la croyance que seuls les «autres» sont concernés. Considérer l'altérité comme pathogène et l'identité comme protectrice entraîne la catégorisation de personnes, étiquetées comme différentes, étrangères, ou dangereuses, amenées à subir stigmatisation et exclusion, comme l'asiaphobie. Ce processus défensif d'altérisation du risque produit des stratégies de protections imaginaires, pour se prémunir derrière un sentiment d'invulnérabilité : «Ce n'est pas moi qui suis concerné, c'est l'autre.»

Se différencier des personnes vulnérables ou fragiles en est un autre. Tant que le risque d'avoir ou de mourir du Covid-19 est présenté comme touchant particulièrement des personnes âgées, fragiles, ou ayant d'autres pathologies, les jeunes et les bien portants peuvent ne se sentir ni vulnérables, ni concernés, bien qu'ils soient des agents actifs de transmission du virus. Or, depuis l'épidémie de VIH/sida, nous savons que construire des groupes de personnes à risque, qui doivent bien sûr être protégées, diminue, pour la population générale, la perception des situations à risque ordinaires : avoir une vie sexuelle (pour le sida) ou sociale (pour le Covid-19) non protégée.

Toutefois, les possibilités de croire en un risque proviennent aussi de l'identification des symptômes chez les malades et de signes tangibles du danger dans la société. C'est sur ce besoin que surfent les fake news et théories complotistes, en augmentant la méfiance envers les discours officiels et en altérant les capacités de prévention solidaire. Les formes les plus graves étant hospitalisées, elles échappent à la visibilité sociale ordinaire. L'invisibilité actuelle et les formes mineures du Covid-19 chez les moins de 50 ans expliquent aussi leur difficulté à prendre conscience du risque mortel et de leur place nodale dans la propagation de l'épidémie.

Sentiments d'altérité, d'invulnérabilité et d'invisibilité produisent paradoxalement des comportements à risque individualistes : continuer à sortir sans appliquer les gestes barrières et sans protéger solidairement les autres. Des attitudes temporaires de défi face à la maladie peuvent alors pousser à braver les recommandations et ne pas modifier son quotidien, pour asseoir au contraire des prises de risque consenti fatalistes, ou d'invulnérabilité conquérante, dans des conduites ordaliques dont chacun espère ressortir confiant, invincible et grandi.

La dénégation qui mobilise des arguments factices pour nier le danger et refuser de (se) protéger, cache souvent le refus de porter la charge mentale et sociale de la gestion des risques : modifier son quotidien, son organisation familiale, professionnelle, sociale, ses revenus, ses vacances,

bref, une identité sociale et une routine que l'épidémie vient perturber. Ainsi, face au coût engendré par la charge épidémique, des arbitrages en termes de bénéfices et contraintes, immédiats ou reportés s'opèrent, souvent différemment selon les âges, les classes et les sexes.

Quand la menace immédiate augmente, un coup d'assommoir, voire un choc peuvent provoquer du repli, de la fuite ou de l'obéissance, mais aussi de la colère contre des personnes, des systèmes institutionnels ou des soignants, ou bien encore de l'angoisse, de la panique, quand la prise en compte du risque intervient alors que le danger est devenu non plus probable mais palpable.

Les politiques publiques sont responsables des capacités de réponse

Face à ces multiples difficultés, les messages de santé publique méritent d'être précis. Les mesures sanitaires inédites doivent anticiper le temps de réaction collective. Les réactions d'observance et de loyauté, préférables à la fuite ou la transgression, dépendent de la clarté et de la rigueur des messages officiels. Les chiffres de la mortalité actuelle peuvent paraître minimes et les consignes démesurées, tant que le risque de la mortalité à venir n'est pas visualisé, ni intégré. Ne pas montrer cette fameuse «courbe» changeante de prévision de l'épidémie, pour éviter des paniques, peut aussi favoriser l'incompréhension de sa dynamique et augmenter le manque d'observance aux consignes.

Les annonces contradictoires ou en demi-ton peuvent avoir des effets pervers, quand elles masquent la réalité d'une crise prévisible et de contraintes incontournables. Ne pas parler d'interdiction, ni de confinement, mais lister les exceptions et déplacements autorisés, a pu amener le président Macron à produire de l'incertitude et de la confusion. Préférerait-il la distanciation sociale au confinement? Adopter un ton doux et navré pour annoncer sans le nommer, presque en s'excusant, un confinement, peut laisser croire à une mesure optionnelle, surtout si elle s'accompagne de dérogations écrites. Un cadre rigoureux et des

informations claires, sans être liberticides, peuvent pourtant aider la population à développer des stratégies d'observance cohérentes, même temporairement.

Cette épidémie interroge donc notre identité de sujets sociaux définis par notre nécessité à vivre en société gérée par des politiques et de la communication. Elle souligne la question de l'articulation des responsabilités des politiques publiques, de la société et des individus. La pertinence des politiques publiques qui façonnent nos interactions ou distanciations sociales, en les limitant ou les encourageant, détermine aussi les risques que nous prenons. Or, l'humain est un animal qui crée de la société pour vivre et qui doit, pour survivre à un virus, redéfinir toutes ses priorités et organisations. En premier lieu, il s'agit de sauver nos centres de survie, les hôpitaux, maltraités par les réformes politiques successives et la réduction inacceptable des moyens, de l'asphyxie programmée pour cause de pneumopathies généralisées, qui a déjà commencé à impacter des soignant·e·s et des services.

Stéphanie Mulot est l'auteure de *Relations de soin, cultures et inégalités de santé, Terrains & travaux* n°24, 2014.

Stéphanie Mulot professeure de sociologie et anthropologie, université Toulouse Jean-Jaurès. (<https://www.liberation.fr/auteur/20617-stephanie-mulot>)