

## Société et pandémie Covid-19 en Algérie

Mohamed MEBTOUL <sup>(1,2)</sup>

### Introduction

Le discours dominant, unanimiste, moral et biologique sur la pandémie a produit un « régime de vérité » selon Michel Foucault qui donne sens au seul corps physiologique. Le confinement doit permettre de discipliner dans une logique d'interdépendance nos corps biologiques respectifs, de survaloriser des gestes considérés antérieurement à la crise sanitaire, comme étant banals, ordinaires (se laver les mains, s'inscrire en permanence dans le souci de l'hygiénisme, redonner du sens à la désinfection, en luttant contre un virus invisible). « Restez- chez vous », est de l'ordre de l'impératif majeur pour réduire la circulation du virus dans la société vulnérable, fragile, quand la mort individuelle et collective devient une véritable puissance qui intègre l'ordre des choses. Pour cela, la société doit être moralisée, sensibilisée, contrôlée, sanctionnée dans une logique implacable et totalisante. Il s'agit donc de refuser tout autre questionnement sur un pan de la société, dit réfractaire, où tous les étiquetages négatifs sont mobilisés (inconscience, indiscipline, incivilité, etc.), donnant à ses agents le statut de déviant peu respectueux de l'Autre, le mettant en danger de mort. La réflexion sur le rapport entre société et pandémie Covid-19 s'appuie sur les recherches menées en anthropologie de la santé ; il s'agit donc d'un regard scientifique qui tente de mettre en exergue la complexité des sens attribués à la pandémie produite historiquement, et donc de situer clairement son origine, d'insister sur la complexité de la société où ses acteurs sociaux n'hésitent à déployer des multiples interprétations sociales sur le coronavirus. Enfin, les rapports de pouvoir dans une société, centrés sur le couple confiance/défiance ne sont pas sans intérêt pour comprendre que les risques et la façon de les prendre en compte ou de les sous-estimer, sont des constructions sociales, même quand la mort de la personne est en jeu.

---

<sup>(1)</sup> Professeur, Université Oran 2, 31000, Oran, Algérie.

<sup>(2)</sup> Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle, 31000, Oran, Algérie.

## A l'origine de la pandémie

Nous tentons – mais ce n'est pas toujours facile- de construire un regard distancié par rapport à la crise plurielle à la fois sanitaire, économique et politique, trois dimensions indissociables qui nous permettent de montrer sa complexité et ses incertitudes ancrées dans une historicité dominée par la financiarisation de l'économie mondiale. Autrement dit, il ne nous semble pas possible de circonscrire la pandémie à un déterminisme strictement biologique. Les médias et les journalistes sont conduits - faute de temps, mais aussi pris dans l'engrenage de la gestion politique de la crise sanitaire - de rendre compte de ce qui est de l'ordre de l'immédiateté des choses, en référence aux normes internationales de santé préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il ne s'agit pas, bien-entendu, de contester les normes de confinement, du respect de la distanciation physique, etc., mais de réinterroger de façon critique la pandémie comme un processus social, économique et politique. Le rapport nature-culture est loin d'être « innocent », allant de soi, comme si nous avons été contraints de cohabiter « subitement » dans une sorte de hasard, de façon dramatique et collective, avec le coronavirus. Au-delà de ses aspects organiques qui sont bien réels (les médecins en parlent quotidiennement), la Covid-19 ne peut pas se départir de sa dimension socio-historique. Comme toute maladie, il a une histoire sociale qu'il importe de revisiter. C'est ici que le regard de l'anthropologue de la santé peut être aussi pertinent : l'épidémie questionne, au-delà de ses aspects biologiques importants, les rapports que les hommes construisent avec la société, la nature et entre eux. Les virus qui se multiplient et sortent de leurs « réserves », ont aussi affaire à la violence des lobbies à l'égard de la nature et de l'environnement social. Face à ce viol prémédité de la nature, celle-ci prend sa revanche. Elle joue l'offensive. La nature est aussi une « actante » (au sens où elle est parlante). Elle répond aux multiples attaques subies pendant des décennies, du fait de la déforestation, de la destruction des cycles naturels des micro-organismes et d'un élevage intensif. L'anthropologue français Keck, indique par exemple « qu'en 1997, au moment des premiers cas de grippe aviaire, on disait qu'on était passé en Chine de 13 millions à 13 milliards de volailles consommés annuellement, depuis 1968, année de la très grande pandémie de grippe. Autrement dit, nous utilisons contre la nature des armes, tels que les vaccins et les antiviraux et pour autant, à chaque fois, que l'on invente une arme, la nature en crée une nouvelle. L'émergence d'un virus de chauve-souris est une arme inventée par la nature pour répondre à la déforestation » (2020).

La circulation et la propagation active des microbes dans nos sociétés, n'est donc pas sans liens avec le ravage et la défiguration prémédités de l'environnement naturel, produits socialement par les entreprises multinationales à la quête stricte du profit, effaçant tout souci écologique. Pour être plus précis, notre mode de vie construit pour nous mais sans nous, sans aucune reconnaissance sociale de nos vies concrètes, aurait pu se

réaliser autrement (Fassin, 2019), à la condition que le productivisme et la surconsommation effrénée ne soient pas au fondement de nos sociétés. Ceci pour indiquer que notre mode de vie est bien loin d'être un *a priori* naturel. Il s'inscrit clairement dans l'idéologie néolibérale ; la violence de l'argent lui donne sens. Elle accroît les inégalités sociales dans le monde, elle produit des arènes économiques dans le monde qui mystifient tout autre champ du possible centré sur une économie plus solidaire et adaptée aux attentes des populations socialement les plus vulnérables. La dimension sociale de la pandémie mérite d'être prise en considération.

### La complexité de la société

S'inscrire dans l'hégémonie du biologique, c'est aussi « oublier » la société, ou la réduire de façon intuitive et totalisante à ses « comportements », faisant peu cas de leurs épaisseurs historiques, de leurs diversités, de leur opacité. S'enfermer dans l'immédiateté, en observant des personnes regroupées dans un espace social donné pouvant être des marchés ou des magasins, c'est rester dans les non-dits, et notamment la récurrence depuis des décennies, d'un imaginaire bloqué à la survie, et au consumérisme. Leur vie sociale est dominée par l'enferment et l'isolement (pas de cinéma, pas de théâtres, pas de bibliothèques, etc.). La société du « ventre » qui ne date pas d'aujourd'hui, est hégémonique quand tout fonctionne à l'interdit culturel et politique, aux censures et aux autocensures, ne pouvant en conséquence que *fabriquer de la transgression* qui est une manière d'affronter indirectement les pouvoirs, même dans des situations inédites et incertaines provoquées par la Covid-19. Evoquant la notion détour, Georges Balandier (1985) montre que toute société construit en permanence ses propres imaginaires, ses représentations sociales, « ses » histoires plurielles souvent sous-estimés et sous-analysés pour se fixer de façon trop linéaire et uniforme sur l'action des pouvoirs et leurs façons de régenter l'ordre social et politique, effaçant toutes les dynamiques sociosanitaires qui se déploient dans les familles (Cresson et Mebtoul, 2010). Pour le sociologue de la santé, la maladie ou la pandémie ne peut se suffire, même si c'est *important et vital* de la seule dimension biologique toujours en interaction avec la société et ses multiples interprétations individuelles et collectives. Claudine Herzlich (1984) montre cette interpénétration sociale complexe entre la maladie et la société. « Santé et maladie, individu et société, sont donc toujours liés en des liens divers mais indissolubles... Santé et maladie se présentent à nous comme mode d'interprétation de la société par l'individu, comme mode de rapport de l'individu à la société ».

Insistons sur la complexité de la société. Celle-ci ne se donne pas à voir spontanément et aisément particulièrement quand le regard de l'Autre sur la pandémie est souvent central, permettant d'observer les silences, et les non-dits et surtout la honte qui émergent dans une société voyeuriste (Bourquia, 1996). Par exemple, la honte d'être malade, et de ne pas pouvoir assumer ses

responsabilités familiales, conduit à effacer toute prévention du risque concernant la Covid-19. La honte, nous rappelle le sociologue clinicien, De Gaulejac (1989), est « un sentiment dont la genèse est fondamentalement sociale, lié au regard d'autrui, au sentiment d'être différent des autres, à la sensation d'être invalidé au plus profond de son être ».

La raison est souvent liée à la peur de perdre la face (Goffman, 1973), de se retrouver dans une position affaiblie qui déconstruit toute la « virilité » de la personne, indissociable de la « bonne » santé qui recouvre une dimension de reproduction de l'ordre familial et sociopolitique (Mehtoul, 2010). Nos recherches socio-anthropologiques sur les maladies chroniques (Mehtoul et Tenci, 2014) montrent ce « jeu entre les normes » (Baldner et Gillard, 1996) qui permet aux malades de donner un sens pluriel, et non pas uniquement biologique, mais aussi social et psychique à la pathologie grave ou à la pandémie invisible ; cette invisibilité n'est pas sans conséquences sur les rapports construits par les individus à son encontre. Pour une mère, le chômage de ses enfants peut être vécu de façon plus dramatique que la gravité de son cancer. Les trajectoires de la maladie grave dévoilent les imbrications multiples entre ce qui est de l'ordre du biologique, du relationnel, du social et la façon de construire son identité de malade, loin de s'enfermer uniquement sur la maladie en soi. Les acteurs sociaux nombreux qui participent à la construction sociale de la maladie ou de la pandémie (médecins, radiologues, pharmaciens, membres de la famille, etc.) n'aboutissent pas toujours à des avis concordants sur le mal dont les sens ne recouvrent pas toujours celui du médecin. La dynamique de la société avec ses multiples contournements à l'égard de l'ordre médical reconfigure d'autant plus fortement les normes dominantes de la santé, quand celle-ci a été orpheline durant plus de 40 ans, de tout système prévention discuté profondément par les différents acteurs de la santé. Que la dimension biologique aujourd'hui, au cœur de la pandémie Covid-19, soit défigurée, transgressée ou effacée par une partie de la population, notamment le respect de multiples facettes liées aux mesures de précaution nécessaires (confinement, gestes barrières, etc.), ne s'explique pas spontanément ou de façon strictement morale, par une sorte « d'inconscience collective » venue du néant. La rigueur est ici importante. La société ne se définit pas par une « addition de comportements ». Les individus ne sont pas des « électrons libres » étiquetés de façon réductrice aux « comportements en soi », oubliant qu'ils sont construits socialement dans une société caractérisée, pour reprendre Simmel, par ses multiples interactions. Or la non-reconnaissance sociale et politique de la citoyenneté (Mehtoul, 2018) par les différents pouvoirs depuis 1962, n'est pas sans liens avec la production sociale de l'indifférence, de l'indocilité, de la défiance à l'égard des injonctions politico-administratives ou sanitaires qui ne leur semblent pas « crédibles », réinterprétées « négativement » dans une sorte de logique d'honneur et de virilité qui opèrent alors comme des absolus, faisant peu cas des risques de la pandémie. Le respect strict de la

norme sanitaire se substitue à une logique d'affrontement direct du risque. Cet affrontement n'est pas résiduel ou à la marge, mais semble récurrent dans la majorité des villes. Mais plus la région est collectivement organisée, donnant à observer un sursaut citoyen autonome par rapport aux pouvoirs, plus la discipline collective semble primer, comme c'est le cas de la wilaya de Tizi-Ouzou ; même si la brutalité du dé-confinement faiblement organisé, a eu pour effet pervers d'accroître de nouveau les cas de contamination.

Il est important de souligner que tout risque est socialement construit. Il ne s'agit pas de justifier telle ou telle logique face à la pandémie, mais d'expliquer profondément et de façon structurelle ce qu'il est convenu de nommer les dénis de la pandémie du coronavirus qu'il est loisible d'observer quotidiennement dans nos différents espaces sociaux : peu de gens mettent le masque, les gestes barrières sont peu respectés, la survalorisation du consumérisme, etc. Mais ce processus d'indifférenciation et de retrait se reproduit à l'identique concernant le fonctionnement des espaces sociaux. Les quartiers se ressemblent paradoxalement même en tant de crise sanitaire : rares sont ceux ayant fait l'objet d'un nouvel ordre de vie. Ce qui aurait supposé d'autres modes d'organisation des marchés, une traçabilité plus conséquente pour se rendre dans un supermarché, un fonctionnement de la poste ou d'autres services publics plus rigoureux, d'autres formes de mobilisation socio-sanitaires introuvables, ou en tous les cas peu objectivées, pour donner une plus grande visibilité aux dangers de l'épidémie. L'ordre sécuritaire semble l'emporter sur la prévention. La gestion centralisée et administrée de la pandémie a prévalu, ayant eu pour effet pervers la saturation des hôpitaux, dans une logique hospitalo-centrée qui a effacé tout le potentiel local composé des médecins généralistes et de santé publique. Il aurait pu contribuer activement à une prise en charge plus coordonnée et décentralisée de la Covid-19 dans le but d'être plus proche des populations. Mais le caractère éclaté et vertical du système de soins va profondément imprégner les pratiques de soins (Mebtoul, 2015).

Force est de relever que pendant des décennies et avec l'habitus aidant, on a assisté à la construction de petits territoires à soi, fonctionnant comme une bureaucratie sanitaire difforme qui fonctionne moins à la règle qu'aux relations personnalisées. Le système de soins s'est structuré à partir d'injonctions politico-administratives multiples. Rappelons rapidement quelques effets pervers : les errances sociales et thérapeutiques des patients anonymes, les discontinuités dans l'acte sanitaire, la production d'interactions fragiles entre les différents acteurs de la santé, une information sanitaire aléatoire, inadaptée, et sélective selon les catégories de patients (« ils nous ont tués par leur silence »), nous disent les malades. Autant d'éléments qui dévoilent un système de soins étranger et extérieur aux acteurs de la santé.

La société a été prise depuis des décennies dans l'emprise du modèle curatif qui valorise de façon extrême le médicament, les gestes médicaux immédiats, la technicité médicale, le mal organique, en « oubliant » la prévention socio-sanitaire (Peretti-Watel et Moatti, 2009). Celle-ci est un rapport social sous-tendu par l'écoute, la reconnaissance sociale de l'Autre, la solidarité, la responsabilité collective, la persuasion, la proximité sociale et non pas uniquement géographique entre les professionnels de santé et les patients. Dans un système de prévention reconnu et valorisé, le statut des patients se transforme. Ils ne sont plus des malades anonymes ou privilégiés, mais acquièrent la place d'usagers-citoyens qui ont cette capacité reconnue de participer activement au processus de soins, impliquant la démocratisation du système de soins, et non pas sa bureaucratisation difforme qui efface toute dynamique sociosanitaire horizontale. La prévention sociosanitaire s'appuie sur l'interaction dynamique et la discussion. Elle redonne un sens pertinent au concept de risque qui est de ce fait reconnu et intériorisé par les différentes populations. En effet, l'intériorisation de la culture du risque n'est pas seulement médicale mais sociale et culturelle. Elle est définie ici comme une production sociopolitique qui conduit à « l'auto-contrainte » issue d'un processus de civilisation (Elias, 1991).

La hiérarchie gravité-banalité du mal biologique est aussi interprétée différemment selon les trajectoires sociales des uns et des autres. La société n'est pas une cruche vide qu'il suffit mécaniquement de remplir de connaissances et d'attitudes ; le sens de la gravité et du tragique appréhendé par la médecine, peut être retravaillé, réinterprété de façon profane par les personnes faiblement acculturées au savoir médical ou au contraire, se soumettre au biopouvoir évoqué par Michel Foucault (1963), qui consiste à intérioriser les normes médicales.

Nous oublions souvent que nous avons une multiplicité de corps. Le corps n'est pas seulement « un réservoir d'organes » (Le Breton, 2018). Il est indissociable de la personne réflexive. Il est producteur d'une identité. Il peut être ressenti et vécu par les personnes de façon différente selon leurs statuts et leurs expériences sociales. Quand le corps n'est pas socialement reconnu, se percevant comme n'étant « rien » dans la société, il apparaît alors que cette existence jugée négative, bloquée, sans perspectives, peut se transformer en une blessure morale, remettant en question la frontière symbolique mort/vie.

## **La crise de confiance**

Le rapport des personnes à la pandémie ne peut se réduire à une signification unique et univoque. Certaines d'entre elles sont donc prêtes à transgresser les normes médicales prescrites, pour opérer des glissements sémantiques explicites ou des justifications productrices d'indifférence et de défiance à l'égard de toute autorité parentale ou étatique. L'acquisition d'une

discipline collective n'est pas de l'ordre du « comportement en soi », pouvant s'acquérir mécaniquement en quelques mois. C'est un processus social indissociable de la confiance à l'égard de l'Etat et des institutions qui le représentent. La notion de confiance est centrale : les gens sont prêts à beaucoup de sacrifices à l'égard de l'Autre, quand ils observent qu'il y a de la réciprocité dans le partage cognitif, une proximité relationnelle, une compréhension et une reconnaissance sociale de l'Autre, de sa citoyenneté, etc. Dans le cas contraire, ils continueront à jouer avec les règles, à prendre distance avec toute rationalité qu'elle soit médicale ou autre, à s'inscrire par la force des choses, dans ce que leur offre la société, à savoir le consumérisme en l'absence de toute autre perspective sociale, culturelle ou politique. La santé, la maladie, la pandémie sont indissociables de la vie sociale au quotidien des personnes. Elles conditionnent les attitudes et les actions à mettre en œuvre dans la société. La confiance n'est donc pas un état statique. Elle n'est pas l'œuvre de la personne en soi. Elle s'ancre au contraire dans un rapport de pouvoir. Ne pas avoir confiance, c'est se positionner dans une logique de soupçon à l'égard d'un pouvoir donné. La reconnaissance sociale (Ricoeur, 2013) est caractérisée ici par la prise en considération de la personne qui implique respect, dignité et une autre forme d'interaction plus riche, plus proche entre les personnes, qui permet de réduire les tensions, les violences en privilégiant le débat pluriel et contradictoire. En refusant de l'étiqueter ou de l'appréhender comme un sujet obéissant, un contrat social se met en place, permettant d'indiquer la prégnance sociale de la confiance dans une société donnée. En reconnaissant sa citoyenneté politique, le pouvoir est conduit à redonner un autre sens à la vie sociale de la personne. Se refuser à voir que la pandémie a aussi une dimension sociopolitique, c'est s'enfermer dans une logique normative qui efface le fait que toute maladie est socialement retravaillée différemment par les acteurs de la société. Autrement dit, la crise est loin d'être uniquement sanitaire, mais s'enracine profondément dans le politique défini comme une façon d'instituer la société (Mouffe, 2016). Sa déconstruction sociale est vitale pour situer aussi ses implicites, ses non-dits et ses formes de contournement. Il s'agit alors de dépasser la dichotomie « conscience-inconscience » qui prévaut dans le discours social et politique repris par les médias. Or, le rapport instauré face aux mesures préventives, peut s'inscrire dans une logique forte de la non-croyance du risque lié à la pandémie. Ne plus croire aux discours sociaux et politiques, ou opérer constamment leur remise en question, semble représenter de façon sinieuse et implicite un aveu de défiance et de distanciation à l'égard des discours élaborés par les différents responsables qui n'ont pas su capter et mobiliser autrement les populations en s'appuyant de façon forte et offensive sur la société, et non pas se limiter à un discours moral de sensibilisation qui a ses propres limites face au système de référence, aux contraintes sociales des catégories socialement les plus démunies.

## Conclusion : quand la pédagogie fait défaut

Enfin, nous avons manqué de pédagogie à l'égard des personnes. Le tragique a pris le dessus sur la décrispation et le réconfort qui s'imposait face aux incertitudes de la pandémie en grande partie à l'origine de l'anxiété de l'angoisse, accentuant la misère et les inégalités sociales, l'enfermement, l'ennui, les révoltes intérieures pour dire « j'existe » et donc « je contourne la règle » et les psychoses collectives. La sensibilisation ne peut se faire dans un sens linéaire et unilatéral, en usant et mobilisant les catégories d'explication qui relèvent du champ médical. Les chiffres dictés de façon laconique et rapide par les responsables sanitaires ne suffisent pas à clarifier de façon pédagogique le sens de la crise sanitaire.

Il semble qu'il aurait été parfois souhaitable de procéder à des inversions, en prenant distance avec le rôle de moralisateur, de détenteur de la « vérité » médicale assénée parfois de façon brutale. Ceci a eu pour effet pervers de fabriquer de la peur chez beaucoup de personnes, en considérant qu'ils ne peuvent pas être à la hauteur des exigences, quand les moyens manquent (masques, produits désinfectants, etc.), ou par une inflation d'informations parfois contradictoires (obligation de mettre ou ne pas mettre le masque, les sens pluriels attribués à tel ou tel traitement, etc.). Ce qui peut aboutir à des malentendus et du scepticisme chez certaines personnes. Les inversions dont il est question ici, s'articulent sur l'impératif d'écouter attentivement les gens, d'opérer une prévention de proximité, en identifiant clairement leurs contraintes, d'éviter les étiquetages négatifs sur leurs « comportements », qui ne changeront en rien les situations profondes qui engendrent ces manières de faire. Nous avons été orphelins de tout système de prévention produit par et dans la société. Mais ceci est impossible sans une démocratisation du système de santé, aux personnes d'acquérir le statut d'usager - et non pas uniquement de patient anonyme - en lui donnant la possibilité de faire réellement usage de ses droits en tant que citoyen.

## Bibliographie

Augé, M., & Herzlich, C. (1984) (sous la direction). *Le sens du mal*. Paris : éd. les Archives Contemporaines.

Balandier, G. (1985). *Le détour, pouvoir et modernité*. Paris : Fayard.

Baldner, J.-M., & Gillard, L. (1996). *Simmel et les normes sociales*. Paris : L'Harmattan.

Bourquia, R. (1996). *Femmes et Fécondité*. Casablanca : éd. Afrique-Orient.

Cresson, G., & Mebtoul, M. (2010) (sous la direction). *Famille et santé*. Rennes : Presses de L'EHESP.

De Gaulejac, V. (1989). Honte et pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 128-137.

Elias, N. (1991). *La dynamique de l'Occident*. Paris : Calmann-Lévy.



- Fassin, D. (2019). *La vie. Mode d'emploi*. Paris : éd. du seuil.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris : PUF.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi* (tome 1). Paris : éd. de Minuit.
- Herzlich, C. (1984). *Santé et Maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris : éd. de l'Ecole des Hautes Etudes EN Sciences Sociales.
- Keck, F., & Moutou, F. (2020). La vengeance du pangolin ? Dans *Entretiens Anthropologie, Le grand continent*.
- Le Breton, D. (2018). Du corps de l'un, au corps de l'autre : greffer l'humain. Dans D. Carpigo, H., Gebel, V. Gourinat, N. Kefi & S. Ludwig (eds.), *Corps meurtris, beaux et subversifs. Réflexions transdisciplinaires sur les modifications corporelles* (pp. 17-24). Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- Mebtoul, M. (2010). La dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie. Dans G. Cresson, & M. Mebtoul (éds.). *Famille et santé* (pp. 21-30). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Mebtoul, M. (2015) (eds.). *Les soins de proximité en Algérie. A l'écoute des patients et des professionnels de la santé*. Oran : L'Harmattan/GRAS.
- Mebtoul, M. (2018). *ALGERIE. La citoyenneté impossible ?* Alger : Koukou.
- Mebtoul, M., & Tenci, L. (2014) (eds.). *Vivre le handicap et la maladie chronique. Les trajectoires des patients et des familles*. Oran : GRAS.
- Mouffe, C. (2016). *L'illusion du consensus*. Paris : Albin Michel.
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Paris : Le Seuil.
- Ricoeur, P. (2013). *Le conflit des interprétations. Essais d'herméneutique*. Paris : éd. du Seuil.