



HAL
open science

Émotions en temps de crise : une clinique des peurs individuelles et collectives. Analyse qualitative des peurs en période de pandémie

Angel Page

► **To cite this version:**

Angel Page. Émotions en temps de crise : une clinique des peurs individuelles et collectives. Analyse qualitative des peurs en période de pandémie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03258272

HAL Id: dumas-03258272

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03258272>

Submitted on 11 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**EMOTIONS EN TEMPS DE CRISE : UNE CLINIQUE DES PEURS
INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES.**

Analyse qualitative des peurs en période de pandémie.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Juin 2021

Par Monsieur Angel PAGE

Né le 19 janvier 1991 à Besancon (25)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Madame le Docteur (MCU-PH) ELDIN Carole

Assesseur

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Monsieur le Docteur SALLE Julien

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur

NAZARIAN Serge

31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

.....

Les études de médecine sont longues, tout comme la liste des remerciements s'il me fallait citer chaque personne qui a participé de près ou de loin à l'accomplissement d'une tâche qu'aucun ne saurait négliger.

Je remercie les membres du jury, M. le Pr Jean Naudin, le Dr Ludovic Casanova, la Dr Carole Eldin, pour avoir accepté sans condition d'être présent à cette thèse.

Collectivement et individuellement je remercie tous les membres du Château en santé, tant pour leur travail que pour ce qu'ils sont. Tout particulièrement je remercie mes directeur.e.s de thèse, Mme Élisabeth Bausson et M. Julien Salle pour leur soutien, indéfectible, tout au long de cette thèse.

Je remercie tous les patients qui ont bien voulu, malgré le confinement me donner de leur temps pour réaliser cette thèse.

Je remercie la famille, les amis et les proches, tous ceux qui plus d'une fois ont entendu parler de la thèse, et tout particulièrement de celle-ci. Remerciements également aux relecteurs qui se sont attaqués à une tâche ardue.

D'année en année, je remercie tous les co-externes, co-internes, chefs de clinique, praticiens hospitaliers, professeurs universitaires, les médecins généralistes sans oublier les agents de services hospitaliers, les aides-soignantes, les infirmières, les cadres etc. sans qui tout ce parcours n'aurait été possible.

.....

À ma grand-mère qui, jusqu'au bout, n'y aura pas cru.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
I. DES PEURS INDIVIDUELLES AUX PEURS COLLECTIVES	9
A. LA PEUR VUE COMME UNE ÉMOTION	9
1. CONSTRUCTION HISTORIQUE DU CONCEPT DE PEUR.....	9
2. DÉFINIR L'ÉMOTION.....	12
3. CARACTÉRISTIQUES DES ÉMOTIONS.....	15
4. DÉFINIR LA PEUR.....	17
5. LA PEUR COMME FACTEUR DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE	19
B. LA PEUR COMME PHÉNOMÈNE COLLECTIF.....	22
1. CONSTRUCTION DES PEURS COLLECTIVES.....	22
a. NATURE DES PEURS COLLECTIVES	22
b. COEXISTENCE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA PEUR	23
2. PARTAGE SOCIAL DES ÉMOTIONS.....	25
3. STRUCTURE DES PEURS COLLECTIVES.....	28
a. PENSÉE SOCIALE	28
b. TAXINOMIE DES PEURS COLLECTIVES.....	29
4. CONCLUSION.....	32
II. PEURS COLLECTIVES EN PÉRIODE DE CRISES	33
A. EXEMPLE DE PEURS COLLECTIVES : LA PESTE.....	34
1. LA PEUR COMME SOURCE DU MAL	35
2. TYPOLOGIE DES PEURS EN TEMPS DE PESTE	36
3. PEUR DE LA MORT	39
B. CONTEXTE SOCIOCULTUREL D'ÉMERGENCE DE LA PEUR.....	41
1. IMAGINAIRE DE LA CONTAGION.....	41
a. RÉMANENCE DE L'IMAGINAIRE DE LA PESTE	41
b. FICTION CINÉMATOGRAPHIQUE.....	42
c. SCÉNARIO SCIENTIFIQUE	44
d. ÉPIDÉMIES ET ANTHROPOCÈNE.....	45
2. COMMUNICATION ET MÉDIATISATION DE LA CRISE	47
a. UN NIVEAU DE MÉDIATISATION INÉDIT	47
b. PEURS DE LA COVID ET ANXIÉTÉ DU XXI ^e siècle.....	50
3. CONCLUSION.....	51
III. LA PEUR DANS LES QUARTIERS DE NOTRE-DAME-LIMITE	53
A. MÉTHODOLOGIE.....	53
1. TERRAIN : LE CHÂTEAU EN SANTÉ	53
2. QUI PARLE ?.....	56
3. PÉRIODE DE L'ÉTUDE	58
4. POPULATION À RISQUE DE COVID OU À « RISQUE DE PEUR »	60
5. ENTRETIENS ET ANALYSE	61
B. ANALYSE DES ENTRETIENS	63

1.	<i>CHAMP LEXICAL DE LA PEUR</i>	63
a.	INTENSITÉ DES PEURS.....	63
b.	QUI A PEUR ?	64
2.	<i>TEMPORALITÉ DES PEURS</i>	65
a.	PREMIÈRES PEURS ET PRISE DE CONSCIENCE.....	65
b.	PEURS À L'ANNONCE DE LA POSITIVITÉ DE LA COVID-19.....	66
3.	<i>OBJETS DES PEURS</i>	67
4.	<i>PEURS ET ESPACES</i>	71
a.	LIEUX DE PEURS.....	71
b.	ESPACES SANS PEUR.....	73
5.	<i>EXPRESSION CORPORELLE DES PEURS</i>	75
a.	RAPPORT À SON PROPRE CORPS.....	75
b.	DISTANCIATION SOCIALE.....	75
c.	REGARD DES AUTRES.....	76
d.	INCARNER LA MENACE.....	77
6.	<i>ORIGINES DE LA COVID</i>	79
7.	<i>LES CORPS FRAGILES</i>	81
IV.	RÉSULTATS : CARACTÉRISTIQUES DES PEURS EN PÉRIODE DE COVID-19	83
1.	<i>STRUCTURE DES PEURS EN PÉRIODE DE COVID</i>	83
a.	CONTINUUM D'ÉTATS AFFECTIFS.....	83
b.	TEMPORALITÉ DES PEURS ET FACTEURS DÉCLENCHANTS.....	85
c.	OBJETS DES PEURS QUOTIDIENNES.....	87
d.	UN VASTE ESPACE DE LA PEUR.....	90
2.	<i>PEURS ET RAPPORT AU CORPS : DU CORPS MENACÉ AU CORPS MENAÇANT</i>	93
a.	LE CORPS MENACÉ.....	94
b.	LE CORPS MENAÇANT.....	95
3.	<i>ORIGINES DE LA COVID ET RUMEURS</i>	97
4.	« CLINIQUE DES PEURS »	99
V.	DISCUSSION	102
1.	<i>RÉAGIR À LA MENACE</i>	102
2.	<i>PLACE DE LA PEUR EN MÉDECINE</i>	105
a.	HISTOIRE SOCIALE DE LA MÉDECINE.....	105
b.	LA PEUR COMME OUTIL DE COMPRÉHENSION.....	106
c.	PRÉVENIR LA PEUR.....	108
3.	<i>LIMITES DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES</i>	109
	CONCLUSION	112
	ANNEXE	113
	BIBLIOGRAPHIE	117

Tous les hommes ont peur,
Tous,
Celui qui n'a pas peur n'est pas normal.

Sartre, *Le Sursis*

INTRODUCTION

En décembre 2019, une nouvelle souche de Coronavirus le SARS-COV-2, est mise en évidence à Wuhan dans la province de Hubei en Chine ; quelques mois plus tard le 11 mars 2020, l'OMS déclare que la Covid-19 peut « être qualifiée de pandémie ». En France on déplore le premier décès de la Covid le 15 février 2020 ; le 29 février le cap des 100 cas est dépassé et inaugure l'instauration des premières restrictions sanitaires. Le 17 mars l'état de confinement national est décrété par l'Élysée, les élites s'exilent à la campagne, la vente des raviolis en boîte explose de 159 % (1), les files d'attente s'allongent devant les supermarchés, pendant un temps, à Notre-Dame du Mont à Marseille, on vend la paire de gants médicaux à 5 euros.

La période de confinement du printemps 2020, du 17 mars au 11 mai, a posé de nombreuses questions : accès aux soins, conditions de confinement, précarisation... Elle a également été caractérisée par la montée de la peur. Progressivement l'inquiétude gagne, en janvier, 44 % des Français se disent inquiets, 61 % fin février, 74 % mi-mars¹ (1). À tel point que l'on a pu voir le terme « d'épidémie de peur » être utilisé pour caractériser les émotions que la Covid -19 a suscitées : Le 10 mars, la Grande Table de France Culture titre « Coronavirus : une épidémie de peur ? » (2), on lit le 11 mars dans le *Huffington Post* « De la peur de l'épidémie de coronavirus à l'épidémie de la peur » (3). Cette peur semble avoir été partout, tant dans la sphère privée que publique et il n'est pas un jour sans que l'on ait pu constater un peu de cette méfiance que la Covid a engendrée.

Pour ce qui est de cette thèse, la prise de conscience de ce phénomène vient d'un constat de pratique clinique en tant que médecin généraliste remplaçant au Château en santé à Kalliste dans le 15^e arrondissement de Marseille sur la période de mars, avril et mai 2020. La poursuite d'un travail quotidien avant et pendant le confinement nous a permis de constater la montée progressive tout d'abord de l'inquiétude, puis dans un second temps de peurs véritables chez certains patients. Cet état affectif nous a semblé d'autant plus surprenant que le nombre de patients malades de la Covid que nous avons suivi au Château en santé est resté faible durant ces 8 semaines de confinement. Ainsi, dans une pratique quotidienne de soignant nous avons plus été confrontés aux peurs qu'a pu engendrer la Covid-19 qu'à la gestion de cette pathologie en elle-même. En raison de la sociologie des quartiers concernés dans cette thèse, notre première intention était de travailler sur les conditions de confinement chez les patients porteurs

¹ Ces chiffres sont issus des différents sondages de l'IFOP réalisés début 2020.

de la Covid. Mais le nombre de cas de Covid a été, à cette période, relativement faible et la peur à l'inverse nous a paru si communément admise qu'il nous a semblé que questionner cette émotion était plus à même de rendre compte, à la fois de notre expérience en tant que médecin généraliste que de celle de nos patients pendant le confinement du printemps 2020.

La singularité de l'expérience de nos patients a été telle qu'il nous a semblé important d'en faire le témoignage : de recueillir une parole qui, sans cela, se serait peut-être perdue. Chaque corps de métier, réanimateurs, infectiologues, virologues etc. peut adopter un point de vue sur la pandémie. Celui-ci est intimement lié à l'expérience clinique. En tant que médecin de premier recours, nous avons été confrontés directement aux multiples questionnements que la Covid, la contamination, la notion de risque a soulevés. Il a fallu, au quotidien, expliquer, rassurer, dans un contexte où il n'était pas aisé de donner des réponses claires. Ainsi, cette thèse dépeint tout autant le vécu de nos patients pendant la crise de la Covid-19 que notre expérience comme médecin généraliste. Au printemps 2020, un des rôles du médecin aura été de se confronter, sans pour autant être capable d'y répondre, aux peurs de nos patients.

En partant du constat empirique d'une peur très présente, nous avons réalisé une série d'entretiens afin de les recenser et de les caractériser : d'en faire leur typologie. Ces entretiens concernent des habitants des quartiers de Kalliste, la Solidarité, la Granière et les Bourrely dans le 15^e arrondissement de Marseille. Ils couvrent une période allant de mars 2020 à mai 2020, soit celle du premier confinement en France. Nous chercherons à savoir quelles ont été les peurs, les formes qu'elles ont prises chez les patients qui se sont rendus au Château en santé courant mars, avril et mai 2020. Ce qui va nous intéresser dans cette thèse, ce ne sont pas les émotions dans leurs dimensions pathologiques telles qu'on peut les appréhender dans le DSM-V, mais les émotions telles qu'elles ont été ressenties au quotidien.

Les émotions non pathologiques, la peur en l'occurrence, ne sont pas des phénomènes que nous sommes habitués à questionner dans notre pratique quotidienne. La clinique médicale se porte sur les émotions lorsqu'il est question de considérer une pathologie : trouble anxieux ou trouble de l'humeur. Nous n'avons pas concernant les émotions, de bagage théorique, psychologique, physiologique, *a fortiori* sociologique, alors même qu'elles constituent une part fondamentale de l'expérience quotidienne de l'être humain. De plus, au regard de l'histoire, la peur semble intimement liée aux pandémies ; de manière plus générale encore elle est intimement liée à la pathologie. La peur est partie intégrante de la pratique clinique du médecin, nous y sommes quotidiennement confrontés : peur de la maladie, peur de la mort etc. Autant de

questions qui motivent la consultation d'un médecin. Nous avons donc cherché à comprendre la place qu'a prise la peur, dans le vécu de la Covid chez nos patients au printemps 2020, en nous posant la question suivante : Peut-on faire une typologie des peurs de nos patients, ce que nous appellerons une « clinique de la peur », qui puisse nous permettre d'appréhender cette émotion en tant que médecin généraliste ?

Les émotions sont l'objet depuis quelques décennies d'un grand nombre de travaux de recherche. On parle maintenant d'histoire des émotions, de psychosociologie de la peur, de géopolitique des émotions. De plus en plus, elles tendent à devenir un outil efficace d'analyse sur l'histoire, sur la politique. En médecine plus spécifiquement, les travaux s'accumulent pour démontrer que les états affectifs ne sont pas dissociés des pathologies somatiques, l'anxiété par exemple est maintenant reconnue comme un facteur de risque cardiovasculaire. Notre travail se porte sur les liens qu'entretiennent la peur et la pathologie. Il existe un enjeu à détailler ces liens tant pour anticiper et prévenir d'autres mouvements de peurs collectives, dans des circonstances similaires, que pour nous permettre d'appréhender la représentation que nos patients se font de leurs pathologies.

La peur semble de prime abord être un concept évident, elle nous parle de manière intuitive, au-delà de toute réflexion. Mais, au-delà de ce premier regard, elle est des plus difficile à circonscrire. On peut dire sans se tromper que tous les domaines, tous les champs de la science, ont à un moment donné apporté quelques éclaircissements sur ce concept. Une difficulté fondamentale d'un travail sur la peur, sur les émotions de manière générale, est qu'il n'en existe pas de définition consensuelle. La première étape de cette thèse consistera donc à considérer une définition qui puisse rendre compte de l'expérience de nos patients en période de Covid. D'autre part, la peur ne peut être réduite à sa dimension physiologique, en effet en tant que phénomène socioculturel, elle est conditionnée par un ensemble de facteurs sociaux. Les peurs se construisent au travers de récits historiques, médiatiques, politiques qu'il nous faudra également aborder. La suite de ce travail se portera sur les peurs telles qu'elles ont été ressenties dans le quartier de Notre-Dame-Limite à Marseille, nous entreprendrons d'en faire leur typologie. Pour finir, nous discuterons de la place que la peur pourrait prendre dans la pratique médicale.

I. DES PEURS INDIVIDUELLES AUX PEURS COLLECTIVES

La peur étant un processus complexe, la première partie de cette thèse a pour vocation de définir les contours de cette notion dans ses différentes dimensions individuelles et collectives. La peur au XXI^e siècle est considérée comme une émotion, nous l'aborderons tout d'abord comme telle. Les émotions, peur, joie, tristesse, surprise etc. présentent des caractéristiques communes que nous allons décrire ; chacune par ailleurs présente des spécificités propres, dans ce cas nous ne parlerons que de la peur. Dans un second temps nous considérerons la peur dans ce qu'elle a de collectif, en effet la peur est individuelle au sens où elle est un sentiment ressenti par une personne, elle est collective au sens où il existe des peurs qui nous touchent tous, et qui sont de cette manière conditionnées par des facteurs socioculturels.

Nous ferons référence dans ces parties aux émotions ou aux peurs ou à la peur de manière interchangeable. En effet, on ne peut décrire la peur sans passer par les émotions et le concept de peur tel qu'on l'entend actuellement est intimement lié aux différentes théories des émotions.

A. LA PEUR VUE COMME UNE ÉMOTION

1. CONSTRUCTION HISTORIQUE DU CONCEPT DE PEUR

Au XX^e siècle, de manière unanime, en Occident, la peur est considérée comme une émotion, il n'en a pas toujours été ainsi. La notion d'émotion n'est que récente dans le monde occidental. Dérivés du verbe *emovere*, les premières occurrences du mot « émotion » n'apparaissent en l'état qu'au XV^e siècle en France. Au Moyen-Âge, on *s'esmeut*. On évoque alors un mouvement affectif que l'on pourrait communément appeler un « mouvement de l'âme ». Selon Piroška Naguy, professeure d'histoire médiévale, ce terme avant le XVIII^e siècle désigne d'abord « l'émoi populaire, la révolte ou l'insurrection », notion éminemment morale : mouvement de foule qu'il faut contrôler, ou encore passions intimement liées aux vices ou aux vertus. L'acception moderne du terme, « au sein de laquelle l'émotion devient moralement neutre » ne naîtra que bien plus tard (4). Les Grecs anciens par exemple voyaient dans la peur une punition divine. Peur, terreur ou effroi était divinisée en *Déimos*, dieu de la crainte et *Phobos*, dieu de la peur. Dans *l'Iliade*, montées sur un char ces divinités apportent la peur au cœur de la bataille, terrifiant les soldats lors de leur passage, "Alors il parla

[Ariès], et ordonna à Déimos et Phobos d'atteler ses chevaux, et lui-même monta dans son armure brillante". Ainsi le monde antique voyait la peur comme un phénomène venu de l'extérieur, comme « une puissance plus forte que les hommes, que l'on pouvait toutefois se concilier par des offrandes appropriées en détournant alors sur l'ennemi son action terrorisante » (5). Cette conception de la peur semble bien loin de celle de notre société contemporaine.

De plus, la conception des émotions comme celle d'une expérience subjective interne n'a rien d'universel. Catherine Lutz, une anthropologue américaine, a montré que chez les Ifaluks, peuple polynésien, les émotions étaient considérées comme un phénomène totalement dépendant de la vie sociale du groupe. Ainsi pour les Ifaluks, la peur est bien plus une expérience apprise, déclenchée par exemple lorsqu'un individu traverse le domaine du chef ou croise un groupe de personnes âgées... (6) L'émotion est régie par des normes sociales, centrales dans leur développement. Si les émotions dans cette communauté prennent un sens particulier, la peur (*metagu*) est toutefois bien présente. D'autre part, la nature même des émotions fluctue selon les sociétés. Certaines émotions existent dans certaines cultures et non dans d'autres. Citons par exemple l'*amae*, émotion qui correspondrait au Japon au fait de « dépendre de l'amour de l'autre » ou de « se livrer à la douceur de l'autre » (7). Ou encore l'acédie, émotion médiévale occidentale, qui évoque tristesse, dégoût et/ou ennui à l'encontre des devoirs religieux comme la prière, la pénitence ou les lectures spirituelles. Malgré le fait qu'elle soit tombée en désuétude de nos jours, elle a pu jouer un rôle dans l'histoire tel que Saint Thomas d'Aquin la nommait « la tristesse de Dieu ».

Chaque époque et chaque société sont ainsi amenées à donner une place, un sens voire une valeur aux émotions. Dans l'Occident médiéval par exemple, selon les préceptes de Saint Augustin, les émotions sont un socle des vices et des vertus par lesquels tout chrétien perd ou sauve son âme. Le moine ascète « choisit de quitter le monde des passions », et de « modérer ses élans émotifs, car ceux-ci sont instables par nature », il ne vivra que pour l'amour du Christ, état affectif élevé au plus haut rang (8).

L'Occident n'a pas toujours considéré la peur de manière uniforme. Jean Delumeau, historien des peurs du XXe siècle, nous montre que de la noblesse à la bourgeoisie en passant par l'archétype du chevalier sans peur, la peur a bien souvent été camouflée derrière les faux-semblants d'une attitude héroïque, apologie du courage. On lit dans l'*Énéide* de Virgile que la « peur est la preuve d'une naissance basse ». Du Moyen-Âge jusqu'à la Renaissance, la peur

est le propre des humbles et les peurs collectives dominent les pauvres. Ce n'est que progressivement, au XIX^e siècle, que science et littérature vont participer à redonner à la peur sa « vraie place ». Dans *Germinal* de Zola, la peur d'Étienne Lantier au fond des mines de charbon n'a rien d'héroïque, elle n'est qu'humaine. Quoi qu'il en soit la peur semble être « née avec l'homme au plus obscur des âges ». Et pour citer Jean Delumeau, « Qu'il y ait ou non en notre temps sensibilité plus grande à la peur, celle-ci est une composante majeure de l'expérience humaine, en dépit des efforts tentés pour la dépasser » (5). Nous reviendrons sur cet ouvrage central dans l'histoire des peurs.

La publication par Charles Darwin en 1872 de *L'Expression des émotions chez les hommes et les animaux* peut être considérée comme le point de départ de l'étude moderne des émotions. Ce livre est un pilier important de la conception de la peur telle qu'elle va prédominer dans les sociétés occidentales contemporaines. Darwin, plus connu pour *L'origine des espèces* publié en 1859, développe une théorie évolutionniste des émotions dès 1872 (9). Il tente dans son ouvrage de démontrer, par l'intermédiaire de nombreuses observations animales et humaines, que d'une part il existerait un nombre limité d'émotions discrètes et que celles-ci se présenteraient de manière uniforme dans toutes les cultures. Chez Darwin, l'émotion est un bagage adaptatif inné, résultat de l'évolution et présente une continuité phylogénétique chez des espèces proches, mettons l'âne et le cheval, par exemple. Du fait même de cette parenté évolutive, les émotions présentent un caractère universel. Elles procurent à l'individu et à l'espèce, notamment par leur utilité en termes de communication sociale, un avantage adaptatif.

Pour évoquer la peur au XXI^e siècle on parle d'émotion primaire, en cela qu'elle serait une des émotions universelles, ressentie par tous les peuples, reconnue par toutes les cultures. Plusieurs auteurs au XX^e siècle se sont penchés sur la question de la classification des émotions. Izard (1977), Plutchik (1980) Kemper (1992), établissent des listes d'émotions primaires, plus ou moins étendues et cherchent à réduire le nombre des émotions à leur plus strict dénominateur. Ce thème est notamment développé par Paul Ekman, psychologue américain du XX^e siècle. Il montre par l'intermédiaire d'expériences de reconnaissance faciale des émotions, chez des sujets de cultures différentes, qu'il existe un certain consensus dans leur identification. De telle sorte que pour Ekman, la colère, la peur, la tristesse, la joie, le dégoût ou la surprise sont les émotions dites primaires (10). Reconnues, dans des sociétés très diverses, par leurs expressions faciales, elles seraient universelles.

Selon les auteurs, le caractère primaire de telle ou telle émotion peut faire débat. La honte, la culpabilité ou l'amour par exemple ne sont pas toujours reconnus comme tels.

Émotions secondaires ou complexes, elles pourraient être l'objet de mélanges formant des émotions mixtes. Par exemple, pour Plutchik, la déception correspond à la combinaison entre la surprise et la tristesse et s'oppose au courage, association de l'anticipation et de la joie. Quoiqu'il en soit pour tous ces auteurs, la peur est une émotion primaire, elle ne fait pas l'objet de combinaison d'émotions et son expression faciale serait proche de l'universalité.

Dès lors les émotions, devenues phénomène naturel et dépossédées de leur caractère moral, pourront être l'objet de plus amples recherches scientifiques. Le XXe siècle verra le nombre des travaux sur la question des émotions exploser. On parle maintenant, d'histoire de la peur, d'histoire des émotions, de sociologie, d'anthropologie des peurs, de psychologie sociale des peurs collectives etc.

2. DÉFINIR L'ÉMOTION

Avant toute chose, il sera question de savoir comment une émotion peut être définie. Nous nous placerons dans cette partie non pas sur un plan collectif, mais sur un plan individuel. L'analyse des peurs est liée à une question d'échelle. Si l'on parle d'une foule prise de panique, de la peur de la bête du Gévaudan ou de la peur du noir qui touche tout un chacun, nous ne pouvons que difficilement faire appel aux mêmes concepts, voire aux mêmes définitions de la peur. Ici nous considérons la peur chez un individu.

Catherine Belzung, docteure en neurosciences, commence son ouvrage *Biologie des émotions* ainsi : « il existe plus d'une centaine de définitions différentes du mot émotion et le seul point sur lequel tout le monde s'accorde c'est que le concept est difficile... à définir »(11). Kleinginna & Kleinginna dans l'intention de proposer une définition qui fasse consensus ont recensé plus de 92 définitions différentes de l'émotion, la plus ancienne datant de 1885. Ils proposent ainsi une définition qui intègre les composantes physiologiques, cognitives et comportementales (12).

« Les émotions sont le résultat de l'interaction de facteurs subjectifs et objectifs, réalisés par des systèmes neuronaux ou endocriniens, qui peuvent : a) induire des expériences telles que des sentiments d'éveil, de plaisir ou de déplaisir ; b) générer des processus cognitifs tels que des réorientations pertinentes sur le plan perceptif, des évaluations, des

étiquetages ; c) activer des ajustements physiologiques globaux ; d) induire des comportements qui sont, le plus souvent, dirigés vers un but adaptatif. »

Définition très technique. Pour certains auteurs, ce qui permettrait de caractériser, sur le plan individuel une émotion, ne serait pas tant l'existence d'une définition stricte mais plutôt l'existence d'un ensemble de caractéristiques et de processus communs aux différentes émotions. En d'autres termes, on ne peut que difficilement dire : « une émotion, c'est ça ! ». Mais l'on peut plus aisément affirmer que tel phénomène est une émotion s'il présente certaines caractéristiques propres à ce que nous considérons être une émotion.

Les émotions feraient donc l'objet d'une définition en quelque sorte probabiliste, en termes d'ensembles flous. Selon Pierre Philippot, professeur de psychologie clinique à l'Université de Louvain en Belgique : c'est « le nombre de caractéristiques que les phénomènes partagent » entre eux qui définissent « le degré d'appartenance [de ce même phénomène] à une catégorie » (13).

Donc, une des difficultés à laquelle se confronte un travail sur les émotions est l'absence de consensus sur leur définition. Le débat sur la nature des émotions, commencé dès Darwin, se poursuit encore de nos jours. Sans faire une histoire des théories de l'émotion, sur lesquelles il existe d'ailleurs des ouvrages de qualité (14), il est nécessaire de replacer la peur au sein des théories « psycho-neurobiologiques » qui la concernent.

Plusieurs modèles, tout au long du XXe siècle soutiennent l'idée qu'il serait possible de catégoriser les émotions sur la base des réponses physiologiques et comportementales qu'elles inaugurent (Cannon, 1929 ; Tomkins 1962 ; Ekman 1973 ; Ledoux 1996...). Dans ces modèles chaque émotion correspond à un phénomène neurobiologique inné, auquel va correspondre une réaction neurologique, hormonale, musculaire propre. Émotion, expression faciale, réponse comportementale sont dans une espèce précise des événements reproductibles. L'émotion en tant que sentiment conscient émerge secondairement des modifications biologiques qu'un événement (une menace ou un danger dans le cas de la peur) déclenche (*trigger*) (15). Ledoux, par exemple, propose un modèle théorique des émotions qui prend pour point de départ les « fonctions de survie » des individus au sein d'une espèce. Dans cette théorie, l'activation de circuit neurologique de survie est première, elle peut, dans certaines situations, engendrer la conscience d'un sentiment que nous nommons « émotion » (16). Il écrit ainsi :

“They (Survival circuits) indirectly influence feelings, (...) their function is to negotiate behavioral interactions in situations in which challenges and opportunities exist, not to create feelings.”²

Dans d’autres courants de pensée, c’est à l’inverse l’analyse cognitive qui est première dans l’émergence d’une émotion (Fridja 1988 ; Scherer 1984 ; Lazarus 1991...). Si pour ces modèles la réponse comportementale et physiologique des émotions reste la même, le déclenchement d’une émotion vient de l’analyse cognitive (*appraisal*) que l’on fait de l’événement dans une situation émotionnelle. On parle de « théorie cognitive » des émotions. Développées dès les années soixante, les théories cognitives se formalisent sous l’impulsion de plusieurs auteurs. Klaus Scherer, professeur de psychologie à l’Université de Genève, postule ainsi cinq dimensions fondamentales de l’évaluation cognitive émotionnelle (17) :

- La nouveauté ou encore la non-prévisibilité de l’événement : événement soudain, attendu, familier ou imprévisible...
- L’évaluation de la valence : soit l’évaluation du caractère plaisant ou déplaisant du phénomène.
- Évaluation du rapport au but : le phénomène entre-t-il en opposition ou est-il conforme au but que je me suis donné ?
- Évaluation du potentiel de maîtrise : quelles sont mes ressources pour faire face à l’événement ?
- Évaluation de l’accord avec les normes : l’événement est-il en accord avec les normes ou les conventions sociales ?

De l’intégration de ces différentes composantes émergent des tendances à ressentir telle émotion plutôt qu’une autre. Ces tendances sont représentées dans l’annexe 1. Les émotions dans ces modèles ne sont jamais inconscientes. Une émotion naîtrait donc de notre interprétation cognitive d’un phénomène, de la valeur que nous lui donnons.

Quoi qu’il en soit, devant la multitude des théories des émotions, il convient de dire qu’il n’existe pas de consensus qui permette d’expliquer la nature ou les processus mis en jeu au cours d’une émotion. Mais, malgré les divergences de ces théories, un ensemble de caractéristiques propres aux émotions peut être décrit.

² Les circuits de survie influencent indirectement nos émotions (...) leur fonction est de régir les interactions comportementales dans des situations de mise à l’épreuve et d’opportunités, non pas de générer des émotions.

3. CARACTÉRISTIQUES DES ÉMOTIONS

Commençons donc par dire que les émotions, appartiennent au domaine des « états affectifs » dont elles constituent les « manifestations les plus saillantes et les plus spectaculaires » (18). Les émotions se distinguent des *affects*, *humeurs* ou du *tempérament* par la notion subjective d'intensité.

Chaque émotion est associée, si l'on peut dire, à un ensemble d'états affectifs. Pour la peur, qui nous intéresse, on pourra évoquer anxiété, crainte, angoisse, effroi ou encore panique, stress ou frayeur. Autant de termes souvent utilisés de manière interchangeable. S'ils font partie du même champ lexical, ils ont cependant des sens qui leur sont propres.

Un premier élément essentiel des émotions tient à la rupture de continuité de l'interaction entre l'individu et le milieu. C'est ce phénomène de rupture qui conditionne la naissance d'une émotion. Une émotion est intimement liée à l'existence d'un objet, un élément déclencheur. Une peur émerge de la confrontation avec un objet qui, de manière générale est rapidement identifiable : on a peur de quelque chose, en l'occurrence d'un danger, une menace, concrète et insurmontable.

D'autres états affectifs tels que l'anxiété, peuvent à l'inverse se passer d'objet précis. Voisine de la peur, l'anxiété se déclenche face à un danger potentiel, incertain. Voire, dans le cas des troubles anxieux généralisés se passer de toute cause identifiable claire (11). Ainsi dans le champ sémantique de la peur, deux classes d'objets se dessinent. « La crainte, l'épouvante, la frayeur, la terreur appartiennent plutôt à la peur ; l'inquiétude, l'anxiété, (...) plutôt à l'angoisse. La première porte sur le connu, la seconde sur l'inconnu. La peur a un objet déterminé auquel on peut faire face. L'angoisse n'en a pas et est vécue comme une attente douloureuse devant un danger d'autant plus redoutable qu'il n'est pas clairement identifié (5). »

Autre point important des caractéristiques d'une émotion : sa cinétique. Les émotions ont une allure paroxystique. Elles s'installent rapidement (voire instantanément quand on considère la surprise) et sont de courte durée. La crainte, à l'inverse, moins intense et plus diffuse, se présente comme un état d'apparition plus progressif qui peut se prolonger dans le temps. Toutefois, un *événement émotionnel* peut susciter ce que Rimé appelle un *état émotionnel* (18). État qui peut s'étendre dans le temps, de quelques heures à quelques jours, tout en gardant une certaine unité liée à une cause bien établie. En effet peur, anxiété et angoisse sont intimement liées et interagissent ensemble. Nous aborderons ce point plus précisément dans les parties qui suivent.

D'autre part, pour la peur, la disparition de l'événement qui en est sa cause se solde par sa résolution. Ce qui pour l'anxiété n'est pas le cas, ou tout du moins pas dans la même mesure, sa résolution peut prendre du temps.

Pour finir, les émotions se présentent comme une constellation de réponses tant sur le plan physiologique, cognitif que comportemental. Ces manifestations peuvent être spécifiques ou aspécifiques en cela qu'elles peuvent être propres à chaque émotion ou les caractériser dans leur ensemble.

Comme évoqué en introduction, une des plus typiques de ces manifestations est l'expression faciale. Ainsi, pour la peur, on note des yeux grands ouverts, une élévation des paupières, des pupilles dilatées visibles dans leur totalité, une bouche ouverte avec des lèvres étirées en un mouvement horizontal... Il nous est aisé de reconnaître ces traits chez nos congénères.

Sur le plan comportemental, les émotions se caractérisent par une tendance à l'action, *Arnold* (1960), *Fridja* (1986). Elles correspondent à une disposition interne, innée ou acquise, à accomplir certaines actions sous l'effet d'une émotion. Ainsi la peur, serait associée à la fois à une tendance à la panique, comportement de fuite qui mobilise l'organisme entier. Et/ou, à l'inverse, à une tendance à l'inhibition des mouvements où l'organisme se fige dans une réaction de stupeur.

Sur le plan cognitif, l'émotion va d'une part engendrer des « changements attentionnels ». L'attention se porte, de manière automatique, sur l'objet du danger. Ainsi nous aurions tendance à focaliser notre attention de manière préférentielle sur un objet menaçant, ou potentiellement menaçant. D'autre part, émotion et mémoire sont intimement liées. L'émotion, en focalisant notre attention, nous amène à mémoriser de manière préférentielle une situation émotionnelle. « L'émotion dirige automatiquement l'attention vers les informations qui lui sont pertinentes. Ces informations sont donc traitées plus en profondeur et mieux mémorisées.(13) ».

De manière synthétique on peut donc dire d'une émotion que :

- C'est l'état affectif le plus spectaculaire de par son intensité ;
- Qu'elle est une rupture de continuité avec un état antérieur ;
- Qu'elle répond de manière directe ou indirecte à un objet qui en est sa cause ;
- Qu'elle est paroxystique, rapide et brève ;
- Qu'elle est peu fréquente en comparaison d'autres états affectifs plus durables ;

- Qu'elle a une composante physiologique et comportementale en cela qu'elle nous pousse à une action/réponse, dite tendance à l'action ;
- Qu'elle présente un effet cognitif en focalisant notre attention.

4. DÉFINIR LA PEUR

Dès lors, on peut affirmer que se limiter à la définition de la peur du Larousse « Appréhension, crainte devant un danger, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation » serait trop réducteur. Pour caractériser la peur, nous proposons donc de reprendre la définition des peurs individuelles proposée par Jean Delumeau dans son ouvrage. La définition de Delumeau a le mérite d'être précise, presque clinique, tout en restant très généraliste et peu technique :

« La peur (individuelle) est une émotion-choc (...) provoquée par la prise de conscience d'un danger présent et pressant qui menace, croyons-nous, notre conservation. Mis en état d'alerte, le système nerveux central réagit par une mobilisation globale de l'organisme qui déclenche divers types de comportements somatiques et provoque notamment des modifications endocriniennes. Comme toute émotion, la peur peut provoquer des effets contrastés selon les individus et les circonstances, voire des réactions alternées chez une même personne : l'accélération des mouvements du cœur ou leur ralentissement ; une respiration trop rapide ou trop lente ; une contraction ou une dilatation des vaisseaux sanguins ; une hyper ou hyposécrétion des glandes ; une constipation ou diarrhée, polyurie ou anurie, un comportement d'immobilisation ou une extériorisation violente. Dans les cas limites, l'inhibition ira jusqu'à une pseudo-paralysie devant le danger et l'extériorisation aboutira à une tempête de mouvements éperdus et inadaptés, caractéristiques de la panique. À la fois manifestation extérieure et expérience intérieure, l'émotion de peur libère donc une énergie inaccoutumée et diffuse dans tout l'organisme. Cette décharge est en soi une réaction utilitaire de légitime défense mais que l'individu, surtout sous l'effet des agressions répétées de notre époque, n'emploie pas toujours à bon escient. »

Comme vu précédemment, au champ lexical de la peur nous associerons, la crainte, la terreur, la frayeur ou encore l'effroi en ce sens qu'elles font référence à un objet aisément identifiable.

Ce champ lexical est intimement lié à celui de l'anxiété qui recouvre les termes d'angoisse ou d'inquiétude. Ces derniers se présentent sur le plan physiologique de la même manière que la peur, avec des manifestations mineures pour l'anxiété, mais qui peuvent être intenses pour l'angoisse, sous la forme de crise. Leurs différences tiennent au fait qu'elles existent en l'absence d'un objet causal précis. Attente douloureuse d'un objet non clairement identifié, elles font référence à des dangers qui ne sont pas présents mais qui pourraient survenir. Elles peuvent être chroniques ou récurrentes.

Catherine Belzung utilise pour décrire l'anxiété le terme de peur anticipée. L'imagination joue ainsi un rôle prédominant dans l'anxiété. L'anxiété prend sa source dans les représentations de l'individu et celle de la collectivité plus que dans le réel qui nous entoure. L'anxiété peut être négative ainsi qu'on la connaît en médecine dans les troubles anxieux mais également positive en cela qu'elle permet de prévoir une menace qui, bien qu'imprécise, peut n'en être pas moins réelle. Ainsi selon David Barlow, psychologue américain spécialisé dans l'étude de l'anxiété, son rôle est capital dans les sociétés humaines :

“(Without anxiety) The performance of athletes, entertainers, executives, artisans, and students would suffer ; creativity would diminish; crops might not be planted. And we would all achieve that idyllic state long sought after in our fast-paced society of whiling away our lives under a shade tree. This would be as deadly for the species as nuclear war.”³ (19)

En dehors des situations d'ordre pathologique, la peur répond au danger tandis que l'anxiété l'anticipe. On voit d'ores et déjà que les deux sont liées et que l'on peut difficilement étudier la peur en faisant abstraction de l'anxiété. « En outre, l'homme dispose d'une expérience si riche et d'une mémoire si grande qu'il n'éprouve sans doute que rarement des peurs qui ne soient à quelque degré pénétrées d'angoisse » (5). Chaque individu réagit à une situation émotionnelle en fonction de son vécu antérieur et de ses souvenirs. Nous sommes imprégnés, d'histoire, de représentation, d'expériences que nous nous transmettons par le langage et qui façonnent notre manière de réagir.

L'ensemble des points élaborés dans cette partie permet d'assez bien comprendre pourquoi un individu a pu avoir peur de la Covid-19. D'une part le SARS-CoV-2 est une

³ L'absence d'anxiété ferait pâtir les performances des athlètes, artistes, cadres, artisans, et étudiants ; la créativité diminuerait ; les semences pourraient ne plus être plantées. Et nous atteindrions tous cet état idyllique, longtemps recherché par notre société aux rythmes effrénés, d'une vie passée à l'ombre d'un arbre. Ceci serait aussi mortel pour notre espèce qu'une guerre nucléaire.

menace à laquelle nous nous devons de répondre pour notre survie. Menace de santé mais également menace de société. D'autre part, si l'on utilise l'annexe 1 pour caractériser le phénomène du Covid, on explique assez bien le fait que l'émotion dominante soit la peur. Le SARS-CoV-2 est un phénomène nouveau, une maladie émergente. Elle présente un caractère imprévisible tant dans son apparition que dans son évolution. Intrinsèquement, elle prend un caractère négatif en s'opposant aux buts, aux objectifs que nous nous donnons dans nos vies. Ses conséquences sont prévisibles : la douleur, la souffrance et la mort. Nous sommes complètement vulnérables face à ses conséquences. De plus, c'est un phénomène naturel contre lequel nous ne pouvons pas agir. On peut s'en protéger mais nous ne pouvons pas agir directement sur ses causes.

De cette manière en extrapolant de l'évaluation émotionnelle de Scherer, on peut entendre qu'il existe une certaine logique dans l'émergence de la peur chez un individu. Mais si les choses sont assez claires (autant qu'il se peut) sur le plan individuel, comment pouvons-nous expliquer que tous, ou presque, nous ayons eu peur ? Si dans une hypothèse innéiste, nous sommes programmés à avoir peur des maladies émergentes, comment expliquer que la Grippe de Hong Kong en 1968⁴ semble avoir causé bien moins de peur que la Covid ? Psychologie, neurobiologie ou physiologie répondent aux émotions chez un individu, elles ne questionnent pas ou peu les peurs à l'échelle de la société.

5. LA PEUR COMME FACTEUR DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Avant d'entreprendre de caractériser les peurs dans leurs dimensions sociales et collective, il est nécessaire d'aborder certaines des implications somatiques que peuvent avoir les états affectifs.

La peur répond à un ensemble de processus neurobiologique complexe qui ont depuis le début du XXe siècle fait l'objet de nombreuses explorations (11). Travaux qui jusqu'au développement de l'imagerie fonctionnelle cérébrale ont principalement été conduits chez l'animal. Les circuits de la peur impliquent autant le cortex cérébral que les régions sous corticales.

⁴ Cette pandémie de grippe H3N2 a causé sur une période de 2 ans, près de 4 millions de morts. En 1968 en France en deux mois, elle fait 31 226 morts. Elle n'est pas ceci dit l'objet de mesure sanitaire globale, et si l'on s'en tient à un article de *Libération* du 7 décembre 2005, elle fait l'objet d'une faible médiatisation en comparaison à d'autres épidémies telles que la grippe aviaire de 2005 (20).

- L'hypothalamus est identifié comme l'un des sièges neurologiques de la peur dès le début du XX^e siècle. Hypothalamus et substance grise périaqueducule sont en effet impliqués dans les réponses autonomes (augmentation de la fréquence cardiaque, sudation...) et comportementales (fuite ou stupeur) de la peur. Ils sont activés en cas de détection d'un danger et sont déterminants dans l'expression de la peur.
- L'amygdale joue quant à elle un rôle pivot. Elle participe au processus d'association entre un stimulus initialement neutre et la peur. Processus implicite et non conscient, elle aurait pour rôle de donner sa coloration affective à un événement. L'amygdale a donc entre autres pour rôle d'associer un stimulus précis à un danger⁵.
- L'hippocampe a pour rôle d'assurer la représentation spatiotemporelle de la peur. Il permet d'associer une peur, un événement et un espace. Point important pour la suite de cette thèse, il existerait ainsi une « spatialisation de la peur »⁶.
- Le cortex préfrontal est impliqué dans l'apprentissage de la valeur émotionnelle. Autrement dit, il concernerait l'acquisition de l'apprentissage des peurs et le contrôle de la réponse de peur. Il joue donc un rôle dans l'acquisition de la mémoire : la consolidation mnésique⁷.
- Pour finir le cortex cingulaire serait le lieu de l'intégration entre les informations viscérales, attentionnelles et émotionnelles, jouant un rôle important dans la mémoire de peurs anciennes.

⁵ La démonstration de ces faits se font par des expériences de peurs conditionnées : par exemple une décharge électrique faisant suite à un signal sonore chez le rat. Après conditionnement l'animal va présenter des symptômes de peur au simple déclenchement du son. Si on pratique l'ablation de l'amygdale, chez un rat que l'on a préalablement préparé à avoir peur, l'animal ne présentera aucune réponse au signal sonore. Il entendra le son, pourra même s'y intéresser, mais il ne présentera aucune réaction de peur.

⁶ Même type de démonstration que la précédente, l'animal se trouve dans un espace, un son retentit, il est suivi d'une forte décharge électrique. La fois suivante en rentrant dans ce même espace, par anticipation et avant d'entendre le son en question, le rat va ressentir de la peur. En cas de lésion de l'hippocampe, c'est cette anticipation spatiale qui sera supprimée, l'espace n'est plus associé à la peur. Par ailleurs, si le son retentit le sentiment de peur sera toujours présent. Il n'existe plus de spatialisation des peurs, mais le lien auditif persiste.

⁷ Autre expérience faisant suite à la précédente. Le rat se trouve dans le même espace, le son persiste, dans un premier temps suivi d'une décharge électrique, puis lorsque la peur est conditionnée, on retire la décharge électrique. On note une extinction progressive de la réponse de peur au son. En cas d'ablation du cortex préfrontal, cette extinction sera bien présente mais dans les 24 heures qui suivent, la peur conditionnée au son sera amenée à réapparaître. Malgré le fait qu'elle ne soit plus suivie d'une décharge électrique.

L'ensemble de ces structures interagissent entre elles. Dans les modèles utilisés pour décrire les réseaux cérébraux de la peur (système en parallèle ou système hiérarchique multiniveaux), cette dernière peut prendre la forme d'un réflexe, d'un système émotionnel implicite qui mobiliserait uniquement les régions limbiques, ou d'un système plus complexe faisant appel aux régions corticales, et donc à la mémoire.

L'activation de ces circuits neuronaux encéphalique mobilise dans le même temps l'axe neuroendocrine hypothalamo-hypophysaire, stimulant ainsi la sécrétion d'ACTH et de vasopressine, ainsi que le système nerveux sympathique et parasympathique. Il en résulte sur le plan physiologique un « état de stress ». Ce stress correspond à un ensemble d'adaptation corporelle physiologique dont le rôle serait de mobiliser en temps voulu certaines ressources de l'organisme telles qu'une augmentation de la fréquence cardiaque, élévation de la tension artérielle, démarginisation des leucocytes... Cet état de stress, dit « syndrome général d'adaptation » n'est pas spécifique, il est déclenché par n'importe quelle agression : le froid, un traumatisme etc. et bien sûr les émotions et les états affectifs qui leur sont propre. Il s'avère que depuis une vingtaine d'années les états qui sont à même de causer ce stress physiologique, s'ils sont trop fréquents ou s'ils deviennent chroniques sont statistiquement associés à un sur-risque de développer une pathologie cardiovasculaire tel qu'un AVC, IDM... (21). Par ailleurs, une étude réalisée en 2017 a démontré qu'il existe un lien entre l'activité amygdalienne (¹⁸F-FDG PET Scan) typique de l'état anxieux ou de la peur et le risque de pathologie cardiovasculaire (22). Le lien est ainsi fait entre l'activité cérébrale, l'état de stress physiologique, l'anxiété et les pathologies cardiovasculaires. Les facteurs qui déclenchent ce phénomène de stress n'étant pas spécifiques, toute situation anxiogène qui persiste dans le temps est à même d'engendrer des retentissements d'ordre somatique.

Comme nous le verrons par la suite, l'anxiété ne peut que difficilement, malgré les définitions précédentes, être dissociée de la peur. Ces deux états sont des *continuums* et s'entretiennent l'un et l'autre. Sur un plan expérimental, effectivement, on peut différencier peur et anxiété mais dans l'expérience quotidienne de la clinique médicale, dans les entretiens que nous avons conduit les choses ne sont pas si claires : peur et anxiété ne s'excluent pas l'une et l'autre. Les études citées précédemment ne se fondent pas d'ailleurs sur des définitions strictes de la peur ou de l'anxiété mais sur des scores qui se rapportent plus au degré de bien-être/mal-être d'une personne⁸.

⁸ Certaines de ces études utilisent notamment le questionnaire GHQ-12, ce test permet d'évaluer le degré de détresse psychologique (psychological distress) d'une personne.

B. LA PEUR COMME PHÉNOMÈNE COLLECTIF

1. CONSTRUCTION DES PEURS COLLECTIVES

La peur en tant qu'émotion individuelle est déjà un concept difficile à cerner et source de débats. Elle l'est d'autant plus quand on considère son caractère collectif. Dans le langage courant, la transposition de l'individuel au collectif est des plus communs. « La France a peur » en est par exemple l'une de ses formes. Parler « d'épidémie de peur » de la Covid fait appel au même procédé, une émotion individuelle est extrapolée au collectif.

Mais il est plus difficile de définir précisément les peurs collectives. Et premièrement de qui parlons-nous lorsque l'on évoque les peurs collectives ? Un premier sens du terme serait celui de l'émotion liée aux foules, peur panique paroxystique liée à une situation de détresse. Mais la peur de la Covid que nous avons constatée dans notre pratique ne renvoie pas à proprement parler à des phénomènes de foule. Nous avons plus été témoins de réactions individuelles, de comportements révélateurs de craintes liées au Covid. La répétition, l'omniprésence de ces comportements, leur persistance dans le temps est ce qui semble leur avoir donné un caractère collectif.

a. NATURE DES PEURS COLLECTIVES

Au sens collectif, comme le laisse entendre Jean Delumeau : « le terme peur prend un sens moins rigoureux et plus large que dans les expériences individuelles, et ce singulier collectif recouvre une gamme d'émotions allant de la crainte et de l'appréhension aux terreurs les plus vives. La peur est ici l'habitude que l'on a, dans un groupe humain, de redouter telle ou telle menace (réelle ou imaginaire) » (5). Ainsi, par peurs collectives nous ferons plus référence aux « attitudes assez habituelles qui sous-entendent et totalisent beaucoup des frayeurs individuelles dans des contextes déterminés et en laissent prévoir d'autres dans des cas semblables ». Pour parler des peurs collectives nous nous rapporterons à cette définition plus qu'à des comportements de foule, ou encore aux réactions physiologiques ou cognitives de la peur.

Ainsi, en va des multiples peurs de l'humanité : peur de la mer, peur du loup, peur des revenants, ou encore peur du noir. Exemple de peur collective, l'humanité a été hantée de longue date par la crainte de voir le soleil disparaître. À Teotihuacán, les Mexicains natifs, avant

l'arrivée des Espagnols, célébraient le Soleil, le nourrissaient littéralement par l'intermédiaire de sacrifices humains pour s'assurer de son retour matinal quotidien. « La dernière nuit du siècle se passait dans la crainte, toutes lumières éteintes. L'espérance, ne revenait que lorsque l'astre apparaissait enfin (...) ». La peur de l'obscurité se retrouve dans tous les peuples et si la nuit est habitée de dangers objectifs, (des mammifères, nous sommes les moins nyctalopes) au cours des âges, l'humanité l'a peuplée de périls subjectifs : peur du loup, peur des revenants... « Et de cette façon la peur *dans* l'obscurité a pu devenir plus intensément et plus généralement une peur *de* l'obscurité » (5). Ainsi, parler de la peur du noir sur le plan collectif revient à discuter des habitudes que nous développons au regard de certains dangers.

On voit dès lors que certaines peurs collectives persistent et que d'autres disparaissent. En France au XXI^e siècle, nous ne craignons plus de ne pas voir le soleil se lever le matin ; si l'on néglige les peurs de la fin du monde qui régulièrement refont surface, le soleil a pour nous encore 3 milliards d'années de vie devant lui. Par contre, la crainte atomique, peur apocalyptique, est bien née au XX^e siècle. L'exemple de la peur de la disparition du soleil au Mexique précolonial, est intéressant en cela qu'il est un archétype d'une peur qui prend ses sources dans une narration collective plus que dans un danger immédiat et identifiable. On peut être sûr qu'aucun homme n'a jamais été témoin de l'absence d'un lever de soleil. Selon Guy Delpierre, psychiatre, pour éviter ses angoisses morbides, « l'esprit humain fabrique en permanence des peurs » (23).

b. COEXISTENCE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA PEUR

De ces peurs collectives il est maintenant possible d'écrire une histoire. Une histoire où anxiété et peurs s'entretiennent au travers d'échanges constants. Jean-Jacques Courtine, dans *l'Histoire des émotions*, entreprend de tracer les grandes lignes de ce que pourrait être une histoire de la peur (24).

Il existe une manière consensuelle d'écrire l'histoire des peurs au XX^e et XXI^e siècles. Nous vivons des périodes d'anxiété, lesquelles vont être jalonnées par des grandes périodes de peurs collectives. Ainsi on décrit trois âges de l'anxiété. Le premier correspondrait à l'entre-deux-guerres : suite au carnage de la Première Guerre mondiale prédomine l'anxiété floue, parallèlement à la montée des totalitarismes, de voir une Seconde Guerre mondiale débiter. Avec la Seconde Guerre mondiale reviennent les peurs, la terreur et l'effroi. Suivra un second âge de l'anxiété, celui de la guerre froide, un univers d'angoisse où plane l'idée omniprésente

de la destruction nucléaire totale. Le troisième âge de l'anxiété est celui des peurs planétaires, il débute, repère commode, avec le 11 septembre 2001.

« Au fur et à mesure que les dangers se sont faits planétaires, la peur est devenue globale, et sa nature semble avoir changé en chemin : un état permanent d'anxiété individuelle et collective paraît avoir colonisé les esprits et les sociétés en Occident. Cette anxiété est floue, diffuse, liquide, ou nébuleuse - comme on voudra - et contagieuse. Elle ne connaît pas de frontière et demeure présente en l'absence même de danger immédiat ou identifiable, telle une « peur de la peur » elle-même. » (24)

Pour écrire son histoire de la peur, Courtine s'attarde à montrer que peur et anxiété sont intimement liées et qu'elles se nourrissent l'une et l'autre. Elles coexistent, se succèdent, se transforment puisant l'une dans l'autre les matériaux nécessaires à leur existence. En d'autres termes, « la nébuleuse anxieuse (...) se précipite en certaines circonstances historiques, en cristaux de peur, l'anxiété (...) se cristallise en peurs ». Et à l'inverse, les grandes peurs « se déposent en sédiments discursifs dans la mémoire collective, que l'anxiété recueille ».

« L'anxiété est le domaine de mémoire des peurs estompées, filtrées et pas totalement effacées. Les peurs s'y enfouissent, s'émoussent, deviennent méconnaissables, « blanches », vides, schématiques, mais ne disparaissent jamais complètement. L'anxiété, et les discours qui la matérialisent – les bruits confus, les rumeurs sans fondements, les légendes urbaines, les nouvelles inquiétantes, les paniques morales, les complots suggérés, les prédictions alarmistes, les prophéties de malheur, les silences qui en disent long... - sont tout à la fois le fantôme des peurs anciennes et le présage de craintes à venir. »

Ainsi, pour l'anthropologue américaine Arlie Russell Hochschild, cette « nappe souterraine des anxiétés » serait sous-tendue par ce qu'elle nomme des « *deep stories* » (25) : histoires, récits, discours enfouis qui « canalisent les émotions, rassemblent et organisent les anxiétés éparses et les peurs résiduelles en sentiment d'injustice, colère de masse... ». Ces « *deep stories* » sont le ferment de l'émergence d'une émotion collective lors d'un événement particulier.

Si nous insistons sur ce point, qui peut paraître bien éloigné des considérations d'un médecin généraliste, c'est que pour comprendre les peurs telles qu'elles ont pu être vécues au printemps 2020, il est important de rappeler le rôle central que joue le langage à la fois dans la construction des peurs, mais également dans la pratique médicale. De la place du langage dans la peur, nous citerons à nouveau Courtine. À la question de savoir comment les peurs anciennes

peuvent nourrir les peurs nouvelles, ou encore comment des peurs anciennes peuvent se déplacer sur un objet nouveau, il donne la réponse suivante :

« Parce qu'il y a du langage, et que les discours sont la trame de la mémoire collective. Il y a donc, à l'évidence, des cycles historiques de la crainte, inscrits dans les discours, au sein desquels les peurs et les anxiétés circulent et s'échangent, se métamorphosant les unes dans les autres. (...) L'ombre de l'anxiété, flottante, contagieuse et fluide, hante ainsi, on le sent bien les cycles des peurs collectives. »(24)

Dès lors, on comprend bien que la peur de la Covid-19 au printemps 2020 n'a pas émergé ni en dehors d'un contexte social bien particulier, ni en dehors d'un contexte historique qui a fortement contribué à la manière dont ces peurs se sont exprimées.

Mais dans la forêt sombre qu'est le concept de la peur, ne perdons pas de vue l'objectif de cette partie bibliographique : celle de trouver des éléments qui puissent nous aider à faire ce que l'on pourrait appeler une « clinique de la peur ». On peut déjà affirmer qu'il existe au moins deux méthodes d'analyse des peurs. Une première qui, observationnelle, voudrait mettre en évidence la présence des peurs par la description de ses manifestations objectives physiologiques. Une seconde qui se focalise sur le langage, élément comme nous l'avons vu central dans la structuration des peurs collectives. Dans cette optique, quand on fait référence aux peurs, il est plutôt question du ressenti subjectif de la peur, et de ce que l'on raconte de ce ressenti. Les peurs font référence à un objet ; à un ensemble de processus physiologiques et cognitifs mais elles sont aussi construites par le langage, par les échanges perpétuels entre peurs et anxiétés. C'est cette narration des peurs qui fera ultérieurement l'objet de cette étude.

2. PARTAGE SOCIAL DES ÉMOTIONS

Affirmer que les peurs collectives sont liées au langage sous-entend qu'elles font l'objet d'échanges discursifs. Bernard Rimé, professeur de psychologie sociale à l'Université de Louvain en Belgique, a consacré une large partie de son travail universitaire à l'étude du partage des émotions. Il a fait la synthèse de ces travaux dans un ouvrage publié en 2008 : *Le partage social des émotions*.

Selon Rimé « le partage social constitue une conséquence typique de l'émotion, voire en fait une facette de l'expérience émotionnelle » (18). Que ce soit lors de catastrophe à charge

émotionnelle forte, ou dans les conversations plus communes, les discussions seraient toujours émaillées d'épisodes émotionnels. Ainsi, selon différentes études entreprises par Rimé, une des principales réponses à une émotion revient à partager cette même émotion. De l'inclusion de plusieurs études, il affirme que 88 à 96 % des personnes touchées par une émotion seront par la suite amenées à la partager. Ce taux est proportionnel à l'intensité de l'émotion ressentie. Un point central des émotions est donc qu'elles font l'objet d'une intense communication sociale. Nous sommes amenés à réévoquer sans cesse nos émotions.

Les premiers jours du confinement ont sans doute participé à prouver ce point, tant les échanges, malgré les distanciations sociales, ont été nombreux. En témoigne le temps passé sur les réseaux sociaux ou en communication téléphonique, soit 72 milliards de minutes au deuxième trimestre 2020. Record inégalé dans l'histoire de la téléphonie selon l'Observatoire des Marchés des Télécoms (26), alors même que les dernières années avaient tendance à enregistrer une diminution progressive de ce chiffre.

De manière préférentielle, nous échangeons avec nos proches, nos parents, nos compagnes, compagnons, ou amis. Une étude s'intéresse particulièrement à la peur, la honte et la tristesse. Singh-Mannoux s'intéresse à la transmission de ces émotions chez des adolescents Français, Indien et Anglais (27). Le profil des personnes avec lesquelles les adolescents échangent leurs émotions semble varié : la honte sera très peu partagée avec les parents, à l'inverse on l'évoquera plus volontiers avec un ami, compagne ou compagnon ; la peur est échangée de manière plus uniforme entre parents, amis, ou proches. À noter que chez les adolescents la propension à en parler avec un professionnel est marginale : 2,8 % des répondants affirment échanger leurs émotions avec un médecin.

Dans ce modèle de partage des émotions proposé par Rimé, une place importante est accordée à la transmission des émotions. S'il nous est aisé de reconnaître l'expression faciale d'une émotion, Rimé s'intéresse quant à lui à la transmission orale de l'émotion. Un auditeur exposé à un récit émotionnel, réagit classiquement de deux manières distinctes : la contagion émotionnelle et l'empathie.

On parle de contagion émotionnelle lorsque le rire d'une personne s'étend à son entourage, lorsque les larmes d'un proche nous contaminent, ou encore quand la peur d'un compagnon nous envahit. La contagion émotionnelle correspond à une manifestation émotionnelle automatique de symbiose avec un autre individu. On y est plus ou moins sensible selon notre proximité culturelle, familiale, sociale, ethnique... (28). Processus automatique, nous y serions confrontés très fréquemment dans notre quotidien. Le terme de symbiose, ceci

dit, peut prêter à confusion, en effet, notre réponse émotionnelle peut tout à la fois être syntone ou à l'opposé antinomique : ressentir de la colère devant la peur de quelqu'un par exemple.

L'empathie, bien que de manière moins intense, conduit au même effet. Elle correspond effectivement à un processus qui conduit, dans une certaine mesure, à ressentir l'émotion d'autrui. Elle se présente comme « une expérience interne de partage et de compréhension de l'état psychologique d'une autre personne dans son organisation hiérarchique de désirs, de sentiments, de pensées (...) ». Ou encore, l'empathie naît de la connaissance et de l'appréciation consciente de l'état émotionnel de notre interlocuteur (29). Ainsi on « empathise » avec ce que l'on connaît, ce que l'on comprend. « Empathir » pour un médecin n'est pas inné : en l'absence de toute expérience personnelle du ressenti émotionnel d'une pathologie, avoir de l'empathie nous demande de comprendre la logique émotionnelle de nos patients.

Rimé s'est ensuite intéressé à la communication chez les personnes touchées par un récit émotionnel. Il montre ainsi que proportionnellement à l'intensité de ce récit, un phénomène de partage social secondaire des émotions va prendre place. De cette manière, nous racontons les histoires que l'on nous a racontées, et ce, d'autant plus que nous sommes touchés émotionnellement par ces récits.

Ce phénomène de partage social secondaire a été particulièrement étudié dans le cadre des rumeurs. De la même manière, une rumeur se transmet de personne en personne, généralement en 5 à 7 « relais » successifs. Le message tend, progressivement, à se réduire, il est moins long, plus concis, il ne reste que l'essentiel. Au fil des relais, le message subit des modifications sémantiques, son sens premier persiste, il est accentué. Par ailleurs, ce qui dans le récit initial pouvait faire douter de la véracité du message a tendance à être élagué (30). Selon Rouquette, ces transformations traduisent une certaine façon de voir la réalité (31), par exemple de percevoir une menace qui pèse sur nous.

On imagine, de cette manière, assez aisément comment un phénomène X, peut progressivement devenir une histoire voire une légende. Les récits émotionnels dont nous émaillons nos discussions quotidiennes sont à la fois la somme de nos expériences et la somme des récits que nous avons entendus sur un sujet proche. Ainsi, les récits participent à construire nos peurs : « L'esprit humain fabrique en permanence des peurs ». Rimé propose ainsi un système, intuitif, qui permet de passer de la peur individuelle aux peurs collectives. Par l'intermédiaire du langage, il place le partage social au cœur du processus de la peur.

3. STRUCTURE DES PEURS COLLECTIVES

On a vu que sur un plan collectif, la peur faisait référence à la manière dont nous réagissons collectivement à une menace ; que peur et anxiété entretenaient un rapport discursif et s'enrichissaient l'une et l'autre ; que le langage et la parole permettaient de faire le lien entre une peur individuelle et les peurs collectives. Ainsi, la naissance d'une peur collective semble fondamentalement liée aux représentations qui s'y rattachent. Ceci étant dit, on peut dès à présent affirmer que la peur au printemps 2020 n'était pas tant, ou plutôt pas que, due au SARS-CoV-2 mais bien également aux récits qui l'ont entourée. La peur dans sa dimension collective, si elle reste une réaction cognitive et physiologique est également, une construction sociale. Malgré tout, un ensemble de questions persiste, le concept de peur collective reste flou, car lorsque l'on parle de peurs collectives, fait-on référence à un ensemble de peurs liées à un objet ? À des peurs communes pendant une période ? À des croyances telles que la mort du soleil à Teotihuacán ? Ou encore à un ensemble de rumeurs qui émerge d'un contexte de crise ?

a. PENSÉE SOCIALE

Jean-Louis Rouquette, psychosociologue français, a entrepris de faire une taxinomie des peurs collectives, il propose un modèle de construction des peurs collectives qui s'attache à rendre compte et à illustrer les règles d'élaboration et de fonctionnement des peurs collectives. Pour ce faire, il part du principe que les peurs collectives ne relèvent pas de la pensée scientifique ou logique, en cela qu'elles ne sont pas un objet de démonstration, mais bien de la « pensée sociale ». En 1973, Rouquette propose le terme de pensée sociale pour « rendre compte de ce qui désigne à la fois la spécificité de la pensée quand elle prend pour objet un phénomène social, et la détermination constitutive de cette pensée par des facteurs sociaux » (32). Autrement dit, il affirme que « la pensée quotidienne (...) possède sa cohérence propre » dont « les activités cognitives sont à la fois motivées et conditionnées par son insertion sociale particulière » (33). Ainsi Delouée, dans l'introduction du livre qu'il codirige, *Les peurs collectives*, écrit :

« Étudier la pensée sociale, c'est donc considérer que l'ensemble des formes de connaissances sociales font corps et sens. Elles font corps parce que les processus cognitifs qui les sous-tendent sont profondément liés les uns aux autres et qu'ils n'apparaissent pas au hasard. Elles font sens parce que leur occurrence, à propos d'un objet donné, est presque toujours la signature d'une position sociale particulière. » (32)

La pensée sociale rend compte d'un ensemble de modes de connaissance, de raisonnements quotidiens tels que les rumeurs, la mémoire sociale ou les peurs collectives. Cette analyse tend à montrer, que l'activité cognitive ou ses résultats manifestes se trouvent davantage rattachés à une appartenance socioculturelle spécifique qu'aux propriétés supposées objectives de l'information à traiter. De plus, elle permet d'affirmer que malgré les apparences, toute forme de pensée sociale, croyance, rumeur ou autre, présente une cohérence et donc une structure.

b. TAXINOMIE DES PEURS COLLECTIVES

Rouquette, pour structurer les peurs collectives, reprend successivement certaines caractéristiques des peurs ; l'objet des peurs, l'espace, la raison qui leur sont données. Premièrement, faire une taxinomie à partir de l'objet des peurs semble difficile :

« L'index des objets de la peur d'une société donnée, à un moment donné, reste toujours ouvert. À chaque instant peut s'y ajouter une nouveauté surgie de l'histoire, la figure imprévue d'un péril inconnu : ennemis jusqu'alors insoupçonnés, maladies incontrôlables venues d'ailleurs ou apparues sans explication, poisons dissimulés dans les innovations techniques, catastrophes attribuables à des entreprises perverses, effets inattendus et indésirables de décisions qui étaient autrement pétries de bonnes intentions. Ainsi les entrées possibles de cet index restent indéterminées, et la seule chose dont on soit à peu près sûr, c'est qu'il va toujours s'en rajouter. »(34)

En témoigne le nombre de phobies listées sur le site dédié de Wikipédia, tout objet peut être source de peur, toute collectivité peut s'en emparer pour en faire une peur collective. Il est possible de faire un ensemble de classes, mais elles ne sont jamais irréductibles, toujours changeantes ou superposables. Ainsi, l'objet des peurs collectives appartient souvent à une catégorie, ce qui fait qu'« un objet de peur a toujours une forme d'ancienneté ». La peur de la Covid s'insère dans la peur de la contagion, qui fait partie de la peur de la maladie qui appelle à la peur de la mort. Ces catégories ne sont jamais fermées. Selon Rouquette toujours, « On ne fabrique pas de nouvelles catégories ; on préfère rendre les anciennes plus lâches, c'est-à-dire plus accueillantes casuellement, pour leur permettre d'absorber la nouveauté ».

D'autre part, les objets des peurs se superposent, les peurs collectives à la différence d'une phobie, ne se limitent que rarement à un objet. La peur de la contagion en période de peste se superpose à la peur du désordre social, les deux sont intimement liées. Et au cours des

épidémies de peste du XIV^e siècle, lorsqu'on brûle les Juifs jugés responsables de la dissémination du mal, on pourrait faire appel à la peur de l'étranger pour en expliquer la cause tout aussi bien qu'à la peur de la contamination (35).

Pour structurer les peurs collectives, Rouquette propose une typologie des peurs par l'intermédiaire de « la raison que l'on donne à un objet de peur » et des « lieux de la peur ». Par raison de l'objet, il entend l'origine et le sens que l'on attribue à l'événement qui fait peur : son intentionnalité. Il donne ainsi quatre types de raisons aux peurs collectives :

- Une intervention humaine directe : l'événement est dû à l'action d'une personne, d'un groupe ou d'un État mal intentionné.
- Une intervention humaine indirecte : conséquence d'une politique, d'un progrès jugé particulièrement négatif par exemple le réchauffement climatique.
- Une intervention non humaine : typiquement divine ou extraterrestre.
- Aucune intervention intentionnelle assignable : la catastrophe naturelle.

Deuxième élément de typologie, le lieu de la peur. Rouquette répertorie un nombre limité de catégories de lieux de peur.

- Les lieux par nature : Certains lieux sont par nature des espaces de peurs, tels que l'Enfer dans la tradition chrétienne.
- Les lieux par occasion : Le lieu en question peut être un espace de peur dans certaines circonstances. La forêt par exemple, n'est pas un lieu de peur par nature mais par occasion, notamment la nuit, elle peut le devenir.
- Les lieux par destination : lieux dont l'intention première est de produire de la peur. Typiquement, le train fantôme dans un parc d'attractions.
- Les lieux par inspiration : Ces lieux ont pour vocation notamment d'inspirer de la peur sans que cela ne soit sa nature, ni que ce soit le fruit du hasard. Le cimetière, la scène de crime...

Ainsi, la reconfiguration de ces deux variables permet, selon Rouquette, de catégoriser les peurs collectives en différents ensembles finis. Par exemple et selon ses données :

- La peur du terrorisme est une peur collective intentionnelle, humaine, dans des lieux par occasion.
- La peur d'un film d'horreur sera une peur intentionnelle, humaine, dans un lieu par destination.

- Et ainsi de suite.

Cette catégorisation présente l'intérêt notamment de permettre de comparer des groupes. Elle n'empêche pas que les peurs collectives puissent être liées à un ou plusieurs objets. Mais elle permet, si l'on prend par exemple la peur de la contagion, de comparer différents groupes sociaux. On peut imaginer que les valeurs d'un groupe de médecins ne soient pas les mêmes que celles d'ouvriers métallurgiques par exemple. Et selon Rouquette :

« Cette typologie ne peut évidemment rien dire sur l'intensité des peurs éprouvées par une population ni sur leur fréquence. Intensité et fréquence dépendent vraisemblablement de la société considérée, de la situation relative des groupes qui la composent, notamment en termes de capital économique et symbolique, et de la période historique : autant dire qu'elles peuvent varier considérablement. La typologie ci-dessus peut donner par contre une structure à une liste fréquentielle empirique ou à une série d'évaluations de l'intensité de la peur par telle ou telle population d'individus. » (34)

Autrement dit, ce qui pour Rouquette donne à la peur son caractère collectif, c'est le sens qu'un groupe va lui donner. Par cette taxinomie, il démontre de manière formelle que les peurs lorsqu'elles sont abordées dans leur dimension collective sont un phénomène socioculturel et qu'ainsi elles vont participer à donner une raison à un phénomène, à lui donner un sens. L'image que nous donne une approche historique et psychosociale des peurs est bien différente de celle que nous décrit la neurobiologie par exemple. Il n'est plus question d'un ensemble de phénomènes neurologiques ou psychologiques mais bien d'une construction collective. Dans cette description des peurs collectives, il est question du rapport que nous entretenons en tant que communauté, société, voire civilisation avec un ensemble de phénomènes.

4. CONCLUSION

Dans les parties qui précèdent, nous avons tenté de définir, sans trop la simplifier, la notion de peur. Cette notion éminemment complexe, est une fondamentale de l'être humain, qui, selon le prisme d'analyse prend des définitions, des formes différentes. Si nous avons insisté sur l'importance du langage, des récits sur la construction sociale des peurs, c'est en partie parce que dans ce travail, la définition physiologique de la peur ne peut pas nous permettre de rendre compte du ressenti de nos patients. Les émotions qui vont être abordées dans les entretiens, ne peuvent se résumer à « la peur » telle que nous l'avons définie en première partie. Dans l'ensemble des entretiens, qui feront par la suite l'objet de ce travail, les peurs ont toujours été abordées par la parole. Les patients nous ont raconté leur vécu, leurs ressentis *a posteriori*. Toutes les émotions qui y sont rapportées ont déjà fait l'objet de reconfiguration, au travers de discussions, d'expériences diverses, d'acquisition de connaissance... Parler des peurs à partir d'entretiens revient ainsi, non pas à analyser la peur au moment où elle est ressentie, mais bien à étudier la manière dont les individus réagissent à la présence d'une menace pendant un temps T, en d'autres termes, à analyser le sens que ces individus ont donné à la crise de la Covid au printemps 2020 au travers de leurs croyances, leurs représentations...

Pour nous référer à la peur, nous avons jusqu'à maintenant parlé de manière interchangeable de la peur ou des peurs, au singulier ou au pluriel. *La* peur fait donc référence soit à la peur en tant que phénomène chez un individu soit à la peur comme phénomène collectif : phénomène social qui fait sens pour une communauté à un moment donné. *Les* peurs font référence soit à l'ensemble de peurs qui caractérisent un individu soit à l'ensemble des peurs multiples et variées pendant une période de grande peur collective.

La peur étant autant un phénomène psychologique, neurobiologique que social, il est nécessaire avant d'aborder les peurs dans le quartier de Notre-Dame-Limite à Marseille, de mettre en évidence certains des facteurs qui ont participé à la construction d'une peur collective au printemps 2020.

II. PEURS COLLECTIVES EN PÉRIODE DE CRISES

Nous avons jusqu'à maintenant abordé le processus de la peur en dehors de tout contexte, autrement dit sur un plan théorique général, étape préalable importante pour comprendre et définir le concept de peur. Les peurs qui vont maintenant nous intéresser sont plus spécifiquement celles qui peuvent émerger en période de pandémie.

Les peurs que nous allons aborder dans cette thèse couvrent une courte période de la crise de la Covid-19, de Mars à juin 2020. Il est bien évident qu'au moment où s'écrit cette thèse, la crise due à la Covid-19 est loin d'être terminée. En janvier 2021, le couvre-feu est encore d'actualité, l'opportunité d'un nouveau confinement est discuté par le gouvernement français. Les lieux de collectivité, les espaces publics sont fermés depuis plusieurs mois. Le 2 mai 2020, dénote 3,2 millions de morts dans le monde, 100 % des pays du globe sont touchés par la pandémie. Les vaccins, en France, n'ont pas encore fait preuve de leur efficacité. Ceci dit, les peurs que nous aborderons dans cette thèse ont émergé dans ce que l'on pourrait considérer comme le paroxysme émotionnel de la crise. Le printemps 2020 est à proprement parler un moment de sidération dans la crise de la Covid. À compter du second confinement d'octobre 2020, d'autres processus entrent en jeu.

Les peurs de la Covid-19 sont bien sûr, très liées aux propriétés microbiologiques du SARS-CoV-2 et donc aux périls que cette maladie fait peser sur nos vies. Intrinsèquement la Covid en tant que maladie émergente ne peut manquer de faire peur. Ceci dit, comme nous avons tenté de le montrer dans la partie précédente, la peur est également une construction sociale. En ce sens une peur collective, telle qu'on l'a vécue au printemps 2020, ne peut s'appréhender sans évoquer certains des facteurs qui ont participé à son émergence. La pandémie fait l'objet d'un imaginaire, de récits multiples qui ont structuré la représentation que nous avons eue de la crise de la Covid. Il n'est pas dans notre intention de mettre en évidence tous les facteurs socioculturels qui ont conditionné l'émergence d'un épisode de peur collective, mais plutôt de recontextualiser la Covid au sein d'un imaginaire de la pandémie. La Covid n'a pas émergé dans un monde vierge de représentations sur la question des pandémies, et les récits qu'ils soient historiques, cinématographiques ou journalistiques ont influencé la manière dont nous nous sommes représentés la Covid-19.

A. EXEMPLE DE PEURS COLLECTIVES : LA PESTE

Les peurs collectives en période de crise épidémique sont pléthores dans l'histoire. L'humanité depuis la naissance des civilisations a été continuellement touchée par des grandes épidémies.

« On rappellera simplement combien l'humanité a été régulièrement confrontée à des épidémies (...) de grande envergure. Qu'il s'agisse de la peste, du choléra, de la variole, de la tuberculose, de la lèpre ou du typhus, ces épisodes souvent dramatiques ont frappé les sociétés de manière constante et ont laissé comme legs des cicatrices dans les mémoires collectives »⁹.(36)

À ces « grandes épidémies » répondent de « grandes peurs ». Et lorsqu'on parle de peurs collectives en période d'épidémie, le spectre de la peste refait rapidement surface. La peste en termes de comportements collectifs fait cas d'école. La violence de l'épidémie de peste du XIVe siècle, de la peste de Marseille de 1720, sont sans commune mesure. Elle est d'une part l'une des épidémies la plus meurtrière de l'histoire et d'autre part l'une des plus parlantes en termes de comportement collectif.

Les épidémies de peste du XIVe siècle ont ravagé l'Europe. Jean-Noël Biraben constate que « si l'on suit l'histoire de la peste dans une ville à cette époque, on constate qu'elle y faisait, tous les huit, dix ou quinze ans, de violentes poussées où toute la ville était atteinte, perdant jusqu'à 20, 30 ou 40 % de sa population. En dehors de ces paroxysmes, elle persistait à l'état semi-endémique, vagabondant capricieusement d'une rue ou d'un quartier à l'autre, saisonnièrement pendant un, deux ou six ans, puis s'éteignait pendant quelques années pour réapparaître ensuite »(35). Elle ne pouvait ainsi manquer de créer dans la population un état de nervosité et de peur. Une peur telle que l'on ne peut raisonnablement l'imaginer et qui semble parfois avoir été proche de la folie.

« Dans leur terreur, les gens accomplissaient mille actions aussi délirantes que celles des malades dans leurs tortures (...) on ne saurait croire le nombre des gens qui sous la fureur du mal, (...) s'en prenaient à eux-mêmes en mettant fin à leur vie (...) »¹⁰.

⁹ Pacotte, *Peurs et Rumeurs : le cas du Super virus H5N1*

¹⁰ Defoe, *Journal de l'année de peste* (1722)

Les peurs telles qu'elles sont décrites dans les différents épisodes de pestes sont intéressantes en cela qu'elles apportent une perspective historique sur la période contemporaine. Elles donnent aussi à voir l'étendue du rôle de la peur dans certaines circonstances bien précises, en l'occurrence en période de pandémie, sur les comportements humains.

1. LA PEUR COMME SOURCE DU MAL

On peut lire dans *Journal de l'année de la peste* de Defoe, « [qu'] il était rare que le bulletin parût sans qu'y figurassent deux ou trois décès sous la rubrique « peur », et l'on pouvait bien dire que ceux-là étaient morts de peur. Mais en dehors de ceux chez qui la peur amenait une mort immédiate, il y en a eu beaucoup qu'elle poussa à d'autres extrémités : certains perdaient connaissance, d'autres la mémoire, d'autres encore l'entendement ». De la peur et de l'abattement moral à cette époque, on dit qu'elles prédisposent au mal. Et pour Delumeau, du XIV^e au XVIII^e, tous les savants s'accordent sur ce point : « Paracelse croit que l'air corrompu ne peut à lui seul provoquer la peste. Il ne produit la maladie qu'en se combinant en nous avec le levain de la frayeur ». Ambroise Paré, au XVI^e siècle, enseigne qu'en « période de fièvre pestilente (...) il faut se tenir joyeux, en bonne et petite compagnie, et parfois ouïr chantres et instruments de musique et aucune fois lire et ouïr quelque lecture plaisante ». Delumeau cite entre autres ce médecin lorrain :

« En effet, tous les plus doctes tiennent que la seule frayeur de ce mal est capable de le donner dans un air soupçonné. Cela vient de l'imagination et du cœur effrayé qu'il est si faible qu'il ne résiste plus à ce venin ». (1630)

Cet état d'esprit des médecins du Moyen Âge n'est pas nouveau, déjà Avicenne enjoignait de ne pas « craindre la peste, car la peur ne fait que l'attirer » (37). Ces considérations pathologiques semblent désuètes, et très sûrement la médecine contemporaine ne s'aviserait pas de dire que les causes d'une pathologie infectieuse se trouvent dans les émotions.

Néanmoins, Susan Sontag dans *La maladie comme métaphore*, en analysant les représentations liées au cancer et à la tuberculose, montre que la maladie, récemment encore, est associée au tempérament (38). Dans son ouvrage, on peut ainsi lire que Sir Astley Cooper, chirurgien anglais, déclarait en 1845 que « le chagrin et l'anxiété sont parmi les causes les plus

fréquentes de cancer du sein » ; de la tuberculose, Gideon Harvey, médecin anglais déclarait en 1672 que « la mélancolie et la colère sont la cause unique de la tuberculose ». Et ainsi de suite. Il est certain que dans notre époque contemporaine on entend fréquemment dire que l'esprit soigne tout autant que la médecine conventionnelle et qu'il faut garder courage devant la maladie. L'idée opposée selon laquelle le découragement, dans une maladie incurable, conduit à la mort n'est pas loin : « car ne meurt que celui qui veut mourir, celui à qui la vie est devenue insoutenable » disait Groddeck, un élève de Freud (39).

Contentons-nous de dire que pendant la peste, la peur était à la source du mal, et que soigner la maladie revenait souvent à conjurer la peur. Si une histoire de la représentation des émotions en médecine serait intéressante à écrire, elle n'est pas de notre ressort. La peste nous donne un aperçu de la richesse potentielle d'une telle histoire.

2. TYPOLOGIE DES PEURS EN TEMPS DE PESTE

Lorsque la peste se répand on peut difficilement se contenter de rester joyeux. Delumeau dans *La peur en Occident* (5) entreprend de faire une typologie des comportements collectifs en temps de peste, comportements qui pour lui découlent en partie de la peur. Certains éléments peuvent entrer en résonance avec notre période et mettre en perspective ce qui dans nos comportements en période de Covid, est lié la peur.

Delumeau décrit plusieurs types de comportements que l'on retrouve régulièrement à l'apparition de la peste. Ne pas voir le danger en est un des premiers. La peur légitime de la peste conduit bien souvent à « retarder le plus longtemps possible le moment où on la regarde en face ». Des médecins aux autorités, on minimise les premiers temps de l'épidémie. Telle l'épidémie de peste de 1720 à Marseille (40). Il en est de même pour le choléra en 1832 : on peut lire qu'au « soir du même jour [annonce officielle de l'épidémie], les bals publics furent plus fréquentés que jamais : les rires les plus présomptueux couvraient presque la musique éclatante » (41).

La solution raisonnable pour réagir à la peste est de fuir. Procédé recommandé de longue date au-devant d'une épidémie. Au XIV^e siècle, la Sorbonne conseille de fuir « tôt, loin et longtemps ». Si la fuite concerne noblesse et bourgeoisie, elle s'étend, dans la panique à toute la population « la contagion devint si furieuse que... les hommes se mirent à fuir comme des bêtes fauves dans les campagnes ; mais, dans les villages, on recevait les fuyards à coups de mousquets » rapporte un médecin espagnol en 1650.

On fuit, et par là-même on s'isole. Commerce, artisanat, magasins, tous types de divertissement et même parfois les églises ferment ; reste « les rues vides, les places et le silence des clochers ». Defoe insiste dans son livre sur la disparition de la communication entre les hommes. Pour citer un Marseillais en 1720 :

« Silence général des cloches..., calme lugubre..., au lieu qu'autrefois on entendait de fort loin un certain murmure ou un bruit confus qui frappait agréablement les sens et qui réjouissait..., il ne s'élève pas plus de fumée des cheminées sur les toits des maisons que s'il n'y avait personne..., tout est généralement fermé et interdit »¹¹. (42)

Ainsi « coupés du reste du monde, les habitants s'écartent les uns des autres à l'intérieur même de la ville maudite, craignant de se contaminer mutuellement ». À la séquestration volontaire d'une population s'ajoute les séquestrations forcées, « beaucoup sont bloqués dans leurs habitations déclarées suspectes ». De cette manière « la présence des autres n'est plus un réconfort ».

« On ne prenait pas seulement ombrage de son voisin, de son ami, de son hôte : ces doux noms, ces tendres liens d'époux, de père, de fils, de frère étaient des objets de terreur ; et, chose indigne et horrible à dire, la table domestique, le lit nuptial, étaient redoutés comme des pièges, comme des lieux où se cachait le poison »¹². (43)

En période de peste, les rites mortuaires se délitent. L'image de la mort semble avoir été partout, « On pouvait à peine passer par une rue sans y voir quelques cadavres par terre » nous dit Defoe. Plus d'enterrements, plus de sacrement, pour Delumeau, c'est « l'abolition de la mort privée », la fosse commune anonymise les morts. Du journal de Defoe encore :

« Il leur importait peu, à eux, et l'indécence n'importait guère à personne, ils étaient tous morts et devaient être confondus ensemble dans la fosse commune de l'humanité. (...). Il n'y avait pas d'autre manière d'enterrer et on n'aurait pas trouvé de cercueils en raison du nombre prodigieux de ceux qui périssaient dans une calamité comme celle-là ». Defoe, Journal de l'année de la peste. (1722).

Devant la violence du choc de l'arrivée de la peste, la population cherche à s'expliquer la cause de l'attaque dont elle est victime : « trouver la cause d'un mal, c'est recréer un cadre

¹¹ E. Carrière, *Marseille ville morte* (1968)

¹² Manzoni, *Les fiancés* (1825)

sécurisant, reconstituer une cohérence de laquelle sortira logiquement l'indication des remèdes » nous dit Delumeau. On peut trouver trois types d'explication rendant compte de la peste.

La peste est avant tout à cette période un fléau de Dieu, comparable aux plaies d'Égypte. Elle est comparée à un brasier « un feu violent et impétueux », qui gagne les « villes avec la rapidité d'un embrasement ». Defoe la compare à « un grand incendie » qui « dévaste tout sur son passage ». Dans l'iconographie, la peste prend l'image d'« une pluie de flèches s'abattant sur l'homme par la volonté de Dieu ». De là vient le traitement : la pénitence.

La version scientifique et naturelle attribuait la peste à un air vicié, corrompu par les astres. L'hypothèse d'une influence céleste tend à persister jusqu'au début du XVIII^e siècle. Ainsi, Carrière rapporte qu'en 1721 le médecin du roi de Prusse tient que la peste est provoquée par « des souillures morbifiques, conçues et procréées par des exhalaisons putrides de la terre ou de la maligne influence des astres » (42). Defoe, rapporte qu'en 1663, un an avant la peste on a vu au-dessus de Londres une comète, annonciatrice du mal. Defoe poursuit en affirmant que la population se tourne vers les oracles, les faux prophètes, les charlatans de toutes sortes : « On ne parlait plus que de prophéties, de visions, de revenants et de signes dans les nuages ». Ceci dit l'application des théories de corruption de l'air et des sols ont été les seules mesures prophylactiques qui, à nos yeux contemporains, puissent avoir été utiles. : isolement des malades, des foyers contaminés, nettoyage des rues, éviction des malades...

Face à cette plaie, bien souvent, on cherche un coupable un peu plus abordable que les astres. De plus, s'il y a punition divine, c'est bien qu'il doit y avoir un responsable. On accuse les marginaux, les lépreux, les Juifs d'empoisonner les puits. Sans d'ailleurs que cela ne rentre en conflit avec les points précédents.

« L'idée que la mort provenait d'une infection de l'air et des eaux fit imputer aux Juifs la corruption des puits, des eaux et de l'air, les gens s'insurgèrent donc cruellement contre eux au point qu'en Allemagne et ailleurs où habitaient des Juifs, de nombreux milliers de Juifs furent tués, massacrés et brûlés par les Chrétiens »¹³.

D'ailleurs, les Juifs sont parfois massacrés de manière préventive, « on brûla des Juifs en 1348 à Stuttgart où la peste ne se montra qu'en 1350 ». On s'attaque également aux étrangers, la peste est « hongroise » ou « suédoise » en Lorraine ; milanaise à Toulouse ; les Russes accusent les Tartares ; les Chrétiens les Musulmans. On accuse au final dans la

¹³ Jean de Venette, *Chroniques* (1340-1368)

communauté même, les sorcières, les pauvres, les mendiants, les vieux : les semeurs volontaires de la peste, qui en cachant leurs symptômes participent à la répandre.

De manière étonnante, il semble plus simple de se représenter ces peurs liées à la peste maintenant que nous avons été frappés par la Covid. La recherche d'une cause, d'un coupable, le délitement des rituels de fin de vie, l'isolement, la crainte de l'autre entrent en écho avec la crise de la Covid-19.

3. PEUR DE LA MORT

Pour évoquer les comportements collectifs en période de pandémie on a fait appel à l'histoire de la peste. On aurait sans doute pu parler d'autres épidémies tant il est vrai que la maladie fait peur, *a fortiori* en période d'épidémie. Que ce soit le typhus, la tuberculose, la syphilis etc. toutes ces pathologies ont leur histoire et il est souvent possible d'en faire une histoire des peurs¹⁴ (44). On peut affirmer que l'épidémie, plus encore la pandémie, fait peur. Elle fait peur parce qu'elle donne la mort, elle représente un risque nouveau, une mort nouvelle. La peur, dans un contexte de crise épidémique, est intimement liée à l'idée de mort. Ainsi selon Delumeau, dans un entretien télévisé de 1982 :

« Je dirais que fondamentalement, la peur, c'est la peur de la mort. Et il faut bien voir qu'à cet égard la peur ne disparaîtra jamais parce que même malgré les progrès de la médecine, la mort ne disparaîtra pas. Donc c'est une illusion de vouloir faire disparaître la peur, elle ne disparaîtra pas plus que la mort. En revanche je suis persuadé que les individus et les sociétés sont confrontés à des peurs aux visages changeants. » (45).

Ainsi, quelle que soit l'époque, la peur de la maladie fait référence à la peur de la mort. De manière plus générale, elle fait référence essentiellement à la mort, au sens propre ou au sens symbolique du terme. La peur de la mort est ainsi ce que Delumeau appelle une « peur structurelle » des sociétés, de l'humanité au sens large. Par extension, il en est de même pour la maladie, pour l'épidémie, pour la pandémie : elles sont des peurs structurelles de l'humanité

¹⁴ La peste est loin d'être la seule à répandre la peur. De nombreux ouvrages traitent par exemple de la « peur bleue » de l'épidémie de choléra de Paris en 1832 : Patrice Bourdelais, Jean-Yves Raulot, *Une peur bleue : histoire du choléra en France, 1832-1854* ; Jean Lucas-Dubreton, *La grande peur de 1832 (le choléra et l'émeute)*, Paris, Gallimard, 1932. On y retrouve sous des formes quelque peu différentes les mêmes comportements collectifs tel que le massacre des empoisonneurs à Paris en 1832.

en cela qu'elles font référence à notre condition d'homme, par nature, mortel : la mort ne pouvant être éradiquée, ces peurs ne peuvent pas l'être non plus.

Mais on voit bien au travers des comportements en temps de peste, que les peurs ont trait à leur époque ; que certaines peurs sont conjoncturelles, et que la peur prend à chaque époque une « forme » particulière. Ainsi cette peur essentielle qu'est la peur de la mort va prendre forme sous les traits de « train de peur », propre à chaque société :

« Il est vrai que l'on a eu au début de la modernité européenne un certain nombre de groupes de peur, (...) des trains de peur et que nous avons aujourd'hui aussi des trains de peur. Alors autrefois de quoi s'agissait-il ? Il s'agissait d'une part de peurs structurelles, parce que tout le monde avait peur de l'orage, tout le monde avait peur de la peste, tout le monde avait peur de l'océan (...). En plus il y avait des peurs conjoncturelles, qui justement se sont développées à ce moment-là, peurs des hérétiques, peurs des Juifs, peurs de la fin du monde, peurs des sorcières, peurs des blasphémateurs. Alors maintenant ces peurs ont changé, mais nous avons à nouveau des groupes de peurs, la peur du nucléaire, la peur du cancer, la peur du chômage, la peur d'une sorte d'asphyxie de l'économie, la peur de la pollution. Nous avons nous aussi nos groupes de peurs, nos trains de peur »¹⁵. (45)

Chaque époque a donc ses trains de peurs et la représentation des peurs y prend des formes différentes.

¹⁵ Delumeau, *Second regard* (1982)

B. CONTEXTE SOCIOCULTUREL D'ÉMERGENCE DE LA PEUR

1. IMAGINAIRE DE LA CONTAGION

Avant même l'émergence du SARS-CoV-2, l'idée d'une pandémie au XXI^e siècle est anxiogène. Il est étonnant de constater à quel point le scénario d'une pandémie virale est depuis une trentaine d'années présente dans notre imaginaire collectif. Nous n'y avons pas, à proprement parler, été préparé, mais l'idée de pandémie fait appel à un imaginaire très contemporain de la catastrophe humaine ou naturelle. Cinéma éco-apocalyptique, rémanence de l'Histoire et scénarios scientifiques, forment une partie des récits qui dominent le concept de pandémie. Ensemble de récits qui font de la pandémie une fiction et qui par là-même ont sûrement participé à créer un contexte d'anxiété autour de ce terme. Ces fictions, scénarios scientifiques ou cinématographiques, sont à la fois l'expression des peurs de la société tout autant qu'elles révèlent ce que nous considérons comme un risque de nos jours, ce qui pour nous est un danger. Fictions et sciences participent à l'imaginaire collectif, elles donnent une image aux peurs.

a. RÉMANENCE DE L'IMAGINAIRE DE LA PESTE

Malgré la distance historique de la peste, son imaginaire persiste. L'entrée « peste – Covid », sur Google retrouve 68 millions de sources qui au moins jusqu'à la page 20 font appel aux deux termes. Ainsi selon Patrick Boucheron, historien du Moyen Âge :

« Si la peste fait date, ce n'est pas parce qu'elle est demeurée en Europe jusqu'en 1722, mais parce que son empreinte la plus profonde, c'est dans l'imaginaire qu'on la trouve. Toutes les grandes catastrophes vont être comparées à elle, à des pestes modernes. On craint comme la peste telle ou telle catastrophe. C'est donc qu'un imaginaire de la destruction s'est construit autour de cet événement. La peste noire s'installe comme image même de la désolation (46) »

Selon Isabelle Stengers, philosophe belge, « on a un imaginaire qui est, peut-être, hanté par la Grande Peste » (47). Jean Vitaux, médecin gastro-entérologue, entreprend de le montrer (48) : d'une part le terme « peste » présente de nombreux dérivés contemporains. Peste ou pesticide, pestilence, empester, sont encore d'usage plus ou moins commun de nos jours. De

l'occurrence de ce terme dans notre langage on pourrait donner de nombreux exemples, par exemple le corbillard, terme dérivé des « corbeaux », personne chargée de collecter les morts de la peste¹⁶.

Par ailleurs, la peste reste bien présente de par la littérature, source d'imaginaire et de fiction intarissable. On cite souvent, en tant que classique, le *Décameron* (1349-1353) de Boccace, *La Peste* (1947) de Camus, *Les animaux malades de la peste* (1678) de La Fontaine, ou encore *Journal de l'année de peste* (1722) de Defoe. Tous font référence à la peste et abordent ses atrocités. Plus contemporain, et peut-être plus lu, *Sir Nigel* (1906) de Conan Doyle, *Un monde sans fin* (2007) de Ken Follet, *Pars vite et reviens tard* (2001) de Vargas, ou encore dans la littérature de science-fiction *Prisonnier du temps* (1999) de Michael Crichton l'auteur de *Jurassic Park* (1990).

La peste reste bien présente dans nos imaginaires comme le symbole de la contagion et du désordre social en période de pandémie. Et, malgré la démystification de la peste par la découverte de son bacille, elle conserve son image de fléau.

b. FICTION CINÉMATOGRAPHIQUE

L'imaginaire de la pandémie fait sûrement plus appel, au XXI^e siècle, au cinéma qu'à la littérature. La catastrophe naturelle est l'objet principal d'un sous-genre cinématographique que Frédéric Neyrat, philosophe français contemporain, nomme le « cinéma éco-apocalyptique ». Cinéma qui fait « reposer la possibilité de la fin du monde sur des motifs environnementaux » (49). Apologie du genre, on peut citer *Le Jour d'après* (2004) de Roland Emmerich, film où l'homme par son activité économique et industrielle influe sur les forces telluriques entraînant un changement climatique drastique et subi, qui éradique l'humanité (en grande partie) de la surface du globe. « Dans *Dr Folamour* (1964) de Stanley Kubrick, l'être humain détruisait le monde à coups de bombe atomique ; dans *Le Jour d'après*, c'est notre manière de construire le monde, sans même une intention destructrice (consciente), qui engendre automatiquement la destruction » (49).

Le cinéma éco-apocalyptique met en scène les risques de l'anthropocène, âge où l'humanité est devenue une force géologique capable de transformer la Terre. Dans ce genre

¹⁶ Notons ici que toute peste n'est pas la peste. Françoise Hildesheimer, historienne, dans son ouvrage sur les épidémies nous rappelle qu'Ambroise Paré dans son ouvrage de 1560 *Traité de la peste, de la petite vérole et de la rougeole* amalgame continuellement ces différentes pathologies.

cinématographique, la pandémie virale comme cause de l'apocalypse est très souvent mise en scène.

Il existe une vaste filmographie du cinéma de pandémie. Nous prendrons deux exemples, *Contagion* (2011) de Soderberg et *World War Z* (2013) de Marc Foster. Ces films ne sont pas forcément les plus cultes, mais ils ont l'avantage d'être à la fois contemporains et de représenter deux courants cinématographiques éminemment populaires.

Contagion met en scène une pandémie virale dévastatrice. Ce film met clairement l'accent sur nos modes de vie et le risque de contagion virale, respiratoire et par contact. Les dix premières minutes y sont spécifiquement dédiées. Avions, transports en commun, bus et métros, lieux publics et espaces intimes sont représentés comme des espaces de risques contagieux. Le film, avec des velléités de « réalisme », au-delà de la mise en scène de la panique, de la terreur, du désordre social, de la naissance des rumeurs, met en parallèle nos modes de vie, internationalisés et le risque de pandémie virale. *Contagion* est un film que l'on pourrait dire « menace », en cela qu'il a pour vocation de nous préparer à la menace. On peut entendre ainsi dans la série Netflix « *Pandémie* », dont le premier épisode est sorti en février 2020 en France, à propos d'une éventuelle pandémie : « it's not a matter of if but when¹⁷ ». *Contagion* joue sur cette « peur anticipatrice ». Le film s'en fait le porte-parole tout en donnant une image cataclysmique de la pandémie.

World War Z, 58 millions d'entrées au box-office en 2013, met également en scène l'imaginaire de la pandémie, dans un genre quelque peu différent, celui des zombies. Il est intéressant de noter que de *La nuit des morts vivants* (1968) de Romero à *Alive* (2020) de Sang-Ho Yeon, ce genre cinématographique a subi une lente métamorphose : des revenants, métaphore du capitalisme, à la catastrophe environnementale virale. Les quelques premières minutes de *World War Z* sont particulièrement parlantes. On y montre comment notre société, de par la consommation, la surpopulation et donc les catastrophes écologiques, l'émission de CO₂, la mort des dauphins etc. sont à l'origine de la catastrophe virale qui mènera l'humanité à sa perte. Nous causons notre propre mort, et c'est l'Homme qui par son rapport irresponsable à la nature se transforme lui-même en mort-vivant.

Le cinéma éco-apocalyptique a embrassé l'idée de contagion pour en faire une fiction de catastrophe globale. Selon Frédéric Neyrat ces fictions répondraient à deux hypothèses : soit que « le trauma imaginaire, lié au choc, ait pour fonction de nous préparer à la réalité » ; soit

¹⁷ Ça n'est pas une question de si, mais de quand.

au contraire que « le cinéma éco-apocalyptique offre un excellent moyen de ne rien savoir des dangers écologiques et de l'angoisse de mort collective qu'ils génèrent : ce que je vois au cinéma n'arrivera pas dans la réalité » (49). Quoi qu'il en soit, l'imaginaire de la pandémie est très clairement associé à la peur, la terreur, l'angoisse, le désordre social, la mort. En tout point à une catastrophe qui met en danger la civilisation dans sa globalité.

c. SCÉNARIO SCIENTIFIQUE

La porosité entre la fiction et le réel est parfois floue, on a souvent entendu dire au début du mois de mars 2020, que la fiction était devenue réalité : « avec le Coronavirus, la réalité dépasse la fiction » titre le *Huffington Post* le 20 mars 2020.

Ceci étant dit, depuis l'émergence du VIH en 1981, il semblerait que l'imaginaire de la contagion s'inspire d'un risque véritable. Le 4 décembre 1967, le directeur général de la Santé aux États-Unis, William Stewart déclare « Le chapitre des maladies infectieuses est clos. » ; en 1980, l'OMS annonce que « Smallpox is dead ». Au moment même où la médecine contemporaine semble avoir dompté les maladies infectieuses, l'apparition du VIH fait l'effet d'un coup de tonnerre : elle inaugure l'époque des maladies émergentes. On croyait avoir contenu les épidémies en dehors du cercle restreint des pays industrialisés... « le sida fera voler cette croyance en éclat » (50).

Entre 1940 et 2004, on dénombre environ 335 émergences infectieuses et ce, tout particulièrement depuis les années 1980, qu'elles soient liées ou non au VIH. Coup sur coup, on va voir des pathologies, principalement virales défrayer la chronique. Depuis les années quatre-vingt, dans les suites du sida, on voit à la fois des pathologies infectieuses réémerger (ex : épidémie de peste en Inde en 1994) ; devenir endémiques dans d'autres régions (ex : épidémie à Ebola en Guinée, Liberia, Sierra Leone en 2014) ; ou encore des maladies à proprement parler émergentes (ex : virus Zika, 2007, en Micronésie) (51) [Annexe II].

La grippe en est un des exemples les plus parlants. Depuis 20 ans elle laisse planer le risque de la pandémie, d'un « retour à la grippe espagnole de 1917 ». Elle occasionne régulièrement des alertes : grippe aviaire A/H5N1 en 2004-2005 ; grippe A/H1N1 en 2009 qui deux mois après son apparition déclenche une alerte pandémie ; rumeur du super-virus H5N1 en 2011 ; grippe aviaire A/H7N9 en 2013. Sur un fond d'épidémie annuelle, une pandémie de

grippe est un risque non prévisible, non prédictible par les statistiques : une menace. Frédéric Keck, anthropologue, écrit ces lignes en 2015 :

« Le caractère cyclique des pandémies – la grippe espagnole en 1918, la grippe asiatique en 1957, la grippe de Hong Kong en 1968 – a conduit les experts à penser qu’une nouvelle pandémie était imminente et qu’elle tuerait des millions de personnes. La question, selon les autorités de santé globale, n’est pas de savoir quand et où la pandémie commencera mais si nous sommes prêts à affronter ses conséquences catastrophiques. » (52)

Depuis le début des années 2000, on annonce une pandémie. Michael Osterholm, un épidémiologiste américain, décrit un scénario apocalyptique dans son ouvrage *Preparing for the next pandemic* (2005) (53). Fin 2005, le nouveau coordinateur pour la grippe aviaire à Genève prédisait 2 à 150 millions de morts dans le monde lors de la prochaine pandémie de grippe. L’OMS en 2005 publie les premières mesures stratégiques et recommande dès lors des mesures de préparation (preparedness), on parle de *scénario planning* : imaginer les risques pour les prévenir.

Grippe, SARS-CoV-1, ou Zika, le résultat est le même, les maladies émergentes sont un risque irréductible de nos sociétés. Selon Ulrich Beck « la société du risque est une société de la catastrophe. L’état d’exception menace d’y devenir un état normal » (54). Le risque pandémique est en effet permanent, et l’attente anxieuse devient un phénomène normal.

d. ÉPIDÉMIES ET ANTHROPOCÈNE

La menace et la peur de la pandémie virale, préexistantes au SARS-CoV-2, sont indissociables de ce que l’on considère être les causes de l’émergence des maladies infectieuses. La Dr Hélène Fagherazzi-Pagel, dans un rapport de recherche, liste les facteurs humains et environnementaux des maladies émergentes (55) :

- Changements climatiques et atmosphériques, réchauffement de la planète
- Modifications de la diversité biologique
- Mondialisation et démographie (la population en zone tropicale a doublé depuis 1950)
- Comportements, voyages et transports internationaux
- Migrations humaines et animales
- Urbanisation et climatisation

- Activités en plein air, retour à la nature
- Déforestation et occupation des sols
- Gestion des eaux
- Élevages intensifs, densité d'animaux fragilisés, et contact avec l'homme
- Technologies de l'agroalimentaire
- Pression insecticide et adaptation des vecteurs
- Guerres, déplacements de population, camps de réfugiés, désinvestissement national etc.

Vues du prisme de l'anxiété, les maladies émergentes, mettent en jeu l'ensemble des inquiétudes de l'Occident telles qu'elles sont évoquées par Dominique Moïsi, géopoliticien, dans son ouvrage *La Géopolitique des émotions* (2008) (56) : peurs environnementales, peur de la technologie, peur de l'autre et des migrants, peur de la mondialisation...

« Ces dernières années (...) un nouveau cycle de la peur s'est installé dans nos consciences, à l'aune duquel l'Europe et les États-Unis présentent de nombreux traits communs. D'une rive à l'autre de l'Atlantique, on a en effet peur de l'Autre, de l'étranger qui viendrait envahir la patrie, menacer l'identité nationale et voler les emplois ; on a peur du terrorisme et des armes de destruction massives, (...) ; on a peur de la précarité économique, et même de l'effondrement de l'économie, (...) ; on a peur des catastrophes naturelles, environnementales et biologiques, du réchauffement de la planète aux épidémies. En somme, on a peur du futur, incertain, menaçant, sur lequel les êtres humains semblent avoir peu ou pas de prise. »

Si la maladie émergente fait peur, son émergence et ce qu'elle entend de notre rapport au monde sont également anxiogènes. La peur ou plutôt l'« anxiété anticipatrice » d'une pandémie totalise de nombreuses peurs de la société contemporaine. On peut ainsi émettre l'hypothèse que la peur par anticipation de la pandémie, outre ses attaches historiques, est une véritable peur de l'anthropocène. Frédérick Keck dans son ouvrage *Les Sentinelles des pandémies*¹⁸ va plus loin. Il se demande si la pandémie de grippe aviaire ne pourrait pas être considérée comme un modèle. Un modèle en cela qu'elle représente, ou tout du moins, qu'elle permet de « réfléchir à d'autres menaces environnementales comme le changement climatique, les radiations nucléaires, les perturbations endocriniennes, ou l'extinction des espèces... » (52).

¹⁸ Frederick Keck, anthropologue français, travaille dans cet ouvrage publié en 2015 sur les rapports entre l'homme et l'animal, au travers de la notion de pandémie. Il s'intéresse aux réseaux sentinelles de surveillance animale pour l'émergence de maladie virale en Chine.

Un modèle en cela que la pandémie totalise les peurs (plutôt les anxiétés) qui sont les nôtres au XXI^e siècle et qu'elle symbolise notre rapport contemporain à la planète.

Beck écrit en 1986 *La société du risque*, société où les grands conflits ne sont pas que de l'ordre des luttes de classes mais d'une société qui fabrique elle-même ses propres risques par le biais du progrès. Certains auteurs français dont le philosophe Dominique Bourg, arguent qu'il faut maintenant substituer la notion de risque par celle de la menace.

« Et ce sont précisément l'enfermement dans le risque, l'obsession de la maîtrise des moyens au détriment de l'interrogation sur les fins collectives, l'extension aveugle du calcul et de l'analyse coût-bénéfice, la prétention positiviste au savoir univoque et la quête de la certitude, le court-termisme généralisé de la finance et des marchés qui produisent ces menaces. Le risque et ses modalités de contrôle sont devenus producteurs de menaces. » (57).

Il semblerait donc, qu'avant même que la pandémie à SARS-CoV-2 se déclare, les éléments pour que nos anxiétés se « cristallisent » en peur étaient déjà présents. Du risque à la menace, l'idée d'une pandémie à venir, de ses différentes conséquences et de ses causes faisait déjà partie de notre imaginaire collectif.

2. COMMUNICATION ET MÉDIATISATION DE LA CRISE

a. UN NIVEAU DE MÉDIATISATION INÉDIT

S'il existait déjà, au préalable, un récit de la pandémie, éminemment anxiogène, les peurs telles que nous allons les décrire ultérieurement ont été fortement conditionnées par le récit qui a été fait de la pandémie. La Covid, a fait l'objet d'une médiatisation sans précédent, nous en avons tous été témoins, et la manière dont elle a été abordée au printemps 2020 ne pouvait que faire d'elle une source d'anxiété.

Depuis la guerre 39-45, jamais une crise n'a autant dominé l'information. L'INA en novembre 2020, livre une étude portant sur le niveau de médiatisation de la Covid, pendant le premier trimestre 2020 (58). Cette étude ne se porte que sur le JT du soir des chaînes auparavant hertziennes : TF1, France 2, France 3, Arte, France 5, M6. Pendant le confinement, toutes ces chaînes confondues, 80 % des JT sont consacrés à la Covid. Ces JT sont par ailleurs allongés

dans le temps de 54 %. Les sujets concernant la santé explosent, plus de 2000 « sujets » en mars, contre 200 en janvier, et toutes les autres thématiques qui ne sont pas de près ou de loin reliées à la Covid deviennent quasiment inexistantes. On a plus parlé de santé dans les JT en 2020 (6396 sujets) que dans les 7 années précédentes cumulées. Les chaînes d'information en continu, BFM TV, France info, LCI, CNEWS, ont consacré en moyenne 74,9 % de leur temps d'antenne à la Covid-19 du 16 au 19 mars 2020, soit 13 heures 54 minutes pour BFM TV. En cumul sur la période, près de 378 heures d'information en 4 jours (59). Ce seuil de 80 % de temps d'antenne sur les chaînes d'information en continu n'avait été atteint que pour la mort de M. Jacques Chirac, pour une durée de quelques heures seulement. La Covid est un *blast* médiatique sans précédent. En comparaison, les crises sanitaires qui l'ont précédée, si elles ont fait l'objet de médiatisation importante pour certaines, sont sans commune mesure. Jusqu'à aujourd'hui la plus forte médiatisation d'une épidémie dans les journaux concernait la grippe A/H1N1, soit 1000 sujets aux JT sur un an, soit plus de 6 fois moins que pour la Covid. Le SRAS ou Ebola, respectivement en 2003 et 2014, ne font l'objet que de 300 sujets sur un an. Par ailleurs, jamais les premiers représentants de l'État n'ont autant été présents à l'antenne, Olivier Véran le ministre de la santé, Emmanuel Macron le Président de la République française ou Édouard Philippe Premier ministre à cette époque totalisent un nombre de prises de parole inégalé, bien au-delà d'ailleurs du professeur Didier Raoult dont nous avons tant entendu parler pourtant. La Covid en mars a proprement colonisé l'ensemble des champs de la communication en France et l'on peut dire sans se tromper, que jamais dans l'histoire moderne, une épidémie n'a fait l'objet d'une telle médiatisation.

Les ressorts de la peur dans cette communication quasiment continue autour de la Covid sont multiples. Si nous parlons en première instance de la télévision, c'est que les images font peur, et véhiculent une image de la crise qui a marqué les consciences. Que la peur soit un ressort des images télévisuelles n'est pas nouveau, avoir peur devant son écran que ce soit à des fins récréatives ou informatives est une modalité de rapport à l'image que nous connaissons tous. Au premier rang des images anxiogènes qui ont été diffusées se trouvent celles des morts, des morts qui s'accumulent. À New York, un drone révèle que les morts sont enterrés dans des fosses communes sur l'île de Hart Island par des prisonniers, en Italie les églises se remplissent de cercueils, en Espagne l'armée retrouve des cadavres abandonnés dans une maison de retraite. En France, si l'on regarde le JT, on ne peut pas avoir manqué les images de funérariums où les corps s'accumulent dans les couloirs. Le premier choc télévisuel tient sûrement à la représentation de la mort dans notre quotidien, habituellement subtilement dissimulée, les « infos » nous montrent maintenant des corps qui s'accumulent. Des corps que nous ne pouvons

plus prendre en charge décevant. À Paris, le débat autour de la prise en charge des morts de la Covid se focalise sur la halle du marché de Rungis, réquisitionnée pour en faire une morgue, les images divulguées par Mediapart choquent (60). On y voit des cercueils s'accumuler dans ce qui est habituellement une halle de conservation de produits frais, image même de la disparition de la mort individualisée dont parle Delumeau.

Si les images choquent, la mort a aussi pris un caractère quotidien, en plus d'un nombre de décès communiqué tous les jours par le ministre de la santé à 20 heures, l'épidémiologie de la Covid se fait en quelque sorte en direct. L'Université Johns-Hopkins, Le Monde, Covid-France, mettent à jour quotidiennement les chiffres de mortalité de la Covid. Cette cartographie en direct de la Covid fait dire à Hervé Brusini, ancien directeur de France info que « la statistique a fait plus peur que le spectacle du Covid » (61). Nous serions plus enclins à dire que le spectacle des statistiques a joué un rôle important dans la médiation de la peur. Nous donnerons un exemple de la mise en scène de la catastrophe : BFM TV a, courant mars et avril, diffusé de nombreuses images de la capitale vidée de ses habitants, un grand nombre de ses images sont filmées d'une part de nuit, d'autre part dans des quartiers de Paris, comme ceux de la tour Eiffel, du Trocadéro (...) qui sont en temps normal principalement des espaces touristiques. D'autre part, il est démontré que les habitants de Paris qui ont quitté la capitale appartiennent principalement à des catégories sociales élevées (CSP+). Rien d'étonnant donc à ce que les rues du 7^e arrondissement soient, pendant la nuit, vidées de ses habitants.

La peur est un outil politique, « gouverner c'est gouverner par la peur » disait Hobbes, elle est tout autant un outil de gestion sanitaire. La communication telle qu'elle a été faite par l'Élysée a marqué les esprits. Dès le premier discours de M. Macron le ton était donné, « nous sommes en guerre » souvent répété dans son allocution, fait appel à un imaginaire qui ne peut pas ne pas produire de l'anxiété. Le terme à n'en pas douter est sciemment choisi d'autant que ses propos débutaient par le manque de responsabilité dont les Français ont fait preuve pendant les jours qui précédaient.

Sûrement pourrait-on passer plus de temps à montrer les manières dont les peurs ont été structurées par nos modes de communication, par les médias classiques, par les réseaux sociaux, par les discours politiques. De plus, dans la population que nous allons étudier et selon la langue maternelle des patients, les sources d'informations ont fortement varié : chaîne TV comorienne ou information télévisuelle turque sont des médias de référence dans certaines communautés. En d'autres lieux nous aurions également pu parler davantage de la place des rumeurs dans la

diffusion de la peur. Ces éléments sont centraux dans le retentissement émotionnel de la crise de la Covid. Les images télévisuelles, les champs lexicaux utilisés dans les interviews se retrouvent dans les entretiens, ils sont un des facteurs qui ont participé à conditionner l'expression des peurs.

b. PEURS DE LA COVID ET ANXIÉTÉ DU XXI^e siècle

Le climat d'angoisse véhiculé par les médias, les communications officielles ou les réseaux sociaux appartient à une époque, la Covid entre en résonance avec les trains de peur de la société européenne du XXI^e siècle.

La presse écrite se fait aussi la porte-parole de l'angoisse ambiante. Et, pour l'exemple, si l'on prend uniquement les unes du Monde à la date du 18 mars : « La démocratie doit continuer à vivre » ; « Les hôpitaux se préparent à la priorisation de l'accès aux soins » ; « Crédits – que faire si l'on ne peut plus rembourser » ; « Coronavirus : ce puits sans fond affole les analystes financiers » ; « Il y aura un avant et un après coronavirus... Si nous restons en vie » ; « De la crise du coronavirus, on peut tirer des leçons pour lutter contre le changement climatique »... Dès le début de la crise, la Covid invoque des inquiétudes qui ne sont pas propres à la simple pathologie : inquiétudes économiques, sociales, écologiques se mélangent. En quelque sorte on ne pouvait pas ne pas trouver dans la Covid au printemps 2020 une source d'inquiétude, tant les problématiques que la Covid a soulevées sont multiples et entrent en résonance avec les anxiétés propres au XXI^e siècle, telles que Dominique Moïsi les décrit.

La Covid a émergé dans un contexte sociopolitique particulier qui ne peut qu'avoir joué sur le retentissement émotionnel de cette pathologie. Par exemple, durant les dernières décennies, les politiques ont insisté sur la fragilité de notre économie, lorsque cette même économie est mise à l'arrêt pour une durée indéterminée au printemps 2020, comment alors ne pas ressentir d'inquiétude pour l'avenir à court, moyen ou long terme. Comme l'écrit Delumeau « l'homme n'éprouve sans doute que rarement des peurs qui ne soient à quelque degré pénétrées d'angoisse », et il en va sûrement de même pour celles liées à la Covid. Les fortes inquiétudes que la Covid a causées et dont les médias où les politiques se sont faits les porte-paroles sont propres à notre époque ; en d'autres temps, en d'autres espaces géographiques il est probable qu'elles auraient pris des formes bien différentes.

De l'analyse *a posteriori* de la multitude des facteurs qui ont joué sur l'émergence d'un épisode de peur collective au printemps 2020, on peut tirer comme conclusion qu'il était impossible de ne pas avoir peur. Dit autrement, en considérant l'histoire des pandémies, les fictions, les scénarios, le contexte sociopolitique, il était bien normal qu'une pandémie de l'ampleur du SARS-CoV-2 mette en péril notre confiance et engendre des peurs.

3. CONCLUSION

La peur se conçoit de multiples manières, et il n'existe pas de façon unique d'en rendre compte. On a vu qu'elle était un concept difficile à circonscrire et que, pour appréhender ses différentes dimensions, il était nécessaire d'entreprendre un travail transversal où nous avons fait appel autant à l'histoire, la psychologie, la sociologie qu'à l'épidémiologie. La peur est ainsi une émotion comme on la conçoit chez un individu. Comme toute émotion elle est conditionnée par un bagage biologique inné et répond à des caractéristiques. La « forme » ou la « couleur » qu'elle va prendre est dépendante de la collectivité dans laquelle elle se développe, elle est façonnée par la société et en retour elle participe à construire le regard que l'on porte sur cette même société. En ce sens, la peur est un des processus qui nous permet de donner un sens individuel et collectif aux événements auxquels nous sommes quotidiennement confrontés.

Des dynamiques en présence lorsque l'on parle de la peur, beaucoup n'ont pas été abordées. Par exemple, celle de la politique de la peur : la peur outre une émotion, un phénomène social, ou une histoire est également un outil de pouvoir. Nous avons tenté de donner une image « générale » de la peur dans ses différents aspects, sans pour autant que celle-ci ne soit en aucun cas complète. Ceci dit, on peut d'ores et déjà mieux comprendre que l'émotion qui a pu prédominer au premier temps du Covid ait été la peur. La peur en période de pandémie, comme nous le montre l'histoire de la peste, du choléra ou d'autres épidémies, semble être une constante. Et l'Occident semblait déjà avoir un imaginaire de la crise pandémique bien ancré. Cette peur qui nous a tant surpris au printemps 2020, semblait au final vouloir être inéluctable.

La bibliographie à laquelle nous avons fait appel dans les parties précédentes présente l'intérêt principal de mettre en évidence un certain nombre de processus qui sous-tendent la peur. Ceci dit, il nous a fallu condenser au maximum la teneur des différentes dimensions de la

peur tant elles sont nombreuses. Chaque point pourrait être décrit dans les grandes lignes, et serait d'un égal intérêt. Cette bibliographie se veut, en quelque sorte, généraliste et inclusive.

Si les parties précédentes permettent de mieux cerner la peur et certains des facteurs qui la conditionnent, elles ne nous permettent pas de comprendre l'utilisation que nous pouvons en faire en tant que médecin. Dans les parties qui suivent nous nous attacherons à décrire les formes qu'a pris la peur dans les quartiers de Notre-Dame-Limite dans le 15^e arrondissement de Marseille, chez des patients suivis au Château en santé. Nous avons traité jusqu'à maintenant des peurs chez l'humain, des peurs comme concept. L'échelle d'analyse qui va suivre sera celle de la communauté à l'échelle d'un quartier, ou plutôt des peurs chez des individus au sein d'un espace géographique.

III. LA PEUR DANS LES QUARTIERS DE NOTRE-DAME-LIMITE

A. MÉTHODOLOGIE

Pour comprendre la peur et la décrire en tant que phénomène nous avons réalisé 17 entretiens sur une période de 3 semaines, du 15 mai 2020 au 9 juin 2020. L'étude a été réalisée au sein et avec les patients qui ont consulté au Château en santé pendant le confinement du printemps 2020.

1. TERRAIN : LE CHÂTEAU EN SANTÉ

Le Château en santé, centre de santé communautaire au sein du parc Kalliste dans le 15^e arrondissement de Marseille a été, pendant le confinement du printemps 2020, à la fois mon lieu de travail en tant que médecin généraliste et le terrain de cette étude. J'y ai travaillé du 2 mars au 12 mai à temps plein. La nature de l'organisation du travail et de la pratique de soignant au « Château » pendant cette période sont deux points importants dans la gestation de cette thèse.

Le « Château » est une association de santé collégiale et communautaire. Structurée autour d'une répartition la plus horizontale possible du travail, une attention particulière y est portée à la réduction des inégalités sociales de santé. Suivant les périodes on peut dénombrer entre 15 et 20 personnes qui, sur une semaine au « Château », vont participer aux soins : accueillant.e.s, médiateur.trice.s, conseillère conjugale et familiale, orthophonistes, médecins, infirmier.e.s. Autant de soignants dont l'intention, autant que faire se peut, est d'agir sur les inégalités produites par la société qui, inéluctablement, s'expriment par le corps.

La pandémie de SARS-CoV-2 a engendré une importante réorganisation du travail. Elle a pris forme la veille du confinement du 16 mars. L'architecture du bâtiment, plusieurs étages et plusieurs accès, a permis de dédier le rez-de-chaussée aux « patients Covid ». Autrement dit, toute personne présentant des signes d'ordre respiratoire. Cette organisation a permis de consulter physiquement les patients potentiellement porteurs du Covid et ainsi de ne pas se reporter exclusivement sur les téléconsultations. Avoir un espace dédié à la Covid a permis d'avoir des discussions dédiées à la Covid, en présentiel.

Du 16 mars au 15 avril, toute personne se présentant avec des signes respiratoires pouvait avoir une consultation physique. Le cas échéant un suivi téléphonique était programmé aux alentours de J+7 après cette consultation. Pendant cette période, nous n'avions pas accès au diagnostic par PCR du SARS-CoV-2, ce protocole concernait donc toute personne présentant des signes respiratoires. Nous avons ainsi reçu en consultation « Covid » 144 personnes du 16 mars au 15 avril.

Par ailleurs, le Château en santé a participé à partir du 15 avril au programme Nord-Covid, partenariat entre Médecins Sans Frontières, l'Hôpital Nord, le Château en santé et la Maison régionale de santé de Malpassé. Ce dispositif, par l'intermédiaire du plateau technique de Médecins Sans Frontières et de l'Hôpital Nord, nous a permis de réaliser des RT-PCR SARS-CoV-2 dès mi-avril, sans condition de prescription si ce n'est le désir des patients de le réaliser. De cette manière au Château en santé, 175 RT-PCR SARS-CoV-2 ont été réalisées sur un total de 24 jours ouvrés. Sur l'ensemble de ces patients, 3 tests seront positifs. Le taux de positivité des tests réalisés lors de ce dispositif Nord-Covid au Château en santé s'élève donc à 1,71 %, pour une moyenne quotidienne de 7,29 tests par jour, sur 24 jours ouvrés.

Parallèlement à ces statistiques, pendant les deux premiers mois du confinement, il n'est quasiment pas une consultation où nous n'ayons pas discuté de la Covid-19. De plus, pour la réalisation de chaque RT-PCR SARS-CoV-2, une consultation préalable d'une vingtaine de minutes était réalisée, dans 68,7 % des cas les patients n'étaient pas symptomatiques, le test était réalisé à leur demande devant l'inquiétude d'avoir contracté la Covid. Si on compare le taux de positivité des RT-PCR au motif de réalisation des tests, la Covid-19 a été bien moins fréquente que l'inquiétude qu'elle a pu susciter. Il a existé une large disproportion entre l'omniprésence de cette pathologie dans notre pratique et sa réalité clinique¹⁹. Il est juste de dire que dans notre pratique de soignants au Château en santé de mars à mai 2020, nous avons plus été confrontés aux inquiétudes liées à la Covid-19 qu'à la Covid elle-même. À titre d'exemple on peut lire dans un des comptes rendus quotidiens écrit en fin de journée au Château en santé :

¹⁹ Nous n'avons pas de chiffres épidémiologiques plus précis de la zone géographique qui concerne notre étude. Le projet Nord-Covid, donne des indications, mais le nombre de RT-PCR reste faible, il n'est en rien représentatif de l'épidémiologie locale en cela qu'un grand nombre d'habitants des quartiers de Notre-Dame-Limite ont pu se rendre en d'autres lieux pour se faire dépister. Le laboratoire de biologie du quartier de Kalliste n'a pas pu par ailleurs nous transmettre ses données, ce qui aurait été intéressant, les RT-PCR SARS-CoV-2 y ont été réalisées dès la fin mars et se poursuivent encore.

« Peur des patients de consulter : Femme enceinte à 9 mois avec 15 de TA et signe visuel depuis 3j. Confinée à la maison. Retard aux soins car peur de contracter le Covid aux urgences par elle et son mari => INFO URG ce soir. »²⁰

À compter du 18 mai, toute l'activité autour de la Covid sera décentralisée dans une tente de campagne allouée par Médecins Sans Frontières. Ainsi, l'activité « hors Covid » du Château en santé pourra reprendre pleinement. La dernière RT-PCR dans le cadre du programme Nord-Covid a eu lieu le 27 mai 2020. Par la suite, et jusqu'à fin juin, quelques tests plus sporadiques seront encore réalisés au Château en santé, les écouvillons étant analysés par le laboratoire de Kalliste.

Une large partie de notre activité au printemps 2020 a donc été dédiée à la Covid-19 ainsi qu'à ses multiples conséquences indirectes. La pratique du soin au Château en santé se structure avec les patients et autour d'eux. Elle est fortement marquée par les problématiques sociales des habitants des quartiers environnants.

Au printemps 2020, avec le confinement, les associations qui participaient à la distribution alimentaire ferment. Le besoin de prendre le relais s'est rapidement fait sentir, et le « Château » avec certains habitants des quartiers environnants a participé à la redistribution alimentaire chez des familles qui n'y avaient plus accès. Des difficultés administratives de toutes sortes ont également fait surface : fermeture de la CPAM, renouvellement des droits...

Outre l'effet à proprement dit de la Covid, la pratique de soignant au « Château » a été très liée aux problématiques dues au confinement : l'accès aux soins, notamment pour les enfants, avec la fermeture des PMI ; le suivi des patients âgés ou atteints de pathologies chroniques ; questionnement sur les pratiques des employeurs. Cela sans compter les souffrances propres au confinement : surpopulation, habitats dégradés...

La Covid et le confinement ont pendant cette période exacerbé les problématiques sociales, transformant pour certains le dénuement en urgence. Pour ce qui est des colis alimentaires, une proportion non négligeable des habitants de Kalliste en est dépendante. La fermeture, du fait du confinement, des lieux de distribution a entraîné un manque certain principalement pour les enfants : manque de lait, manque de couches... « Le confinement a crûment mis au jour la pauvreté de dizaines de milliers de foyers marseillais qui subsistaient d'ordinaire avec des emplois précaires ou au noir » titre *Marsactu* à Marseille le 7 mai (62).

²⁰ Compte rendu du soir, le 6 avril 2020.

C'est de cette réalité dont nous avons été témoins dans nos pratiques de soignants pendant le confinement.

Cette thèse s'est formée autour de cette pratique. On parle parfois d'observation participante dans la recherche en sociologie ; ici le procédé était plutôt inverse, la recherche est venue après la participation, et l'organisation du travail par sa souplesse a permis de porter une attention particulière à la peur.

2. QUI PARLE ?

Les 17 entretiens sur la question de la peur se sont déroulés avec des patients qui ont consulté au Château en santé pour réaliser une RT-PCR dans le cadre du projet Nord-Covid. Les 17 personnes qui ont répondu ont été contactées au hasard au sein des 175 personnes pour qui nous avons réalisé un « écouvillon Covid ». Les entretiens ne se sont déroulés qu'avec des adultes. L'annexe III synthétise les informations relatives aux personnes interrogées.

L'ensemble des personnes interrogées habitent dans un rayon de 700 mètres du Château en santé, dans quatre quartiers distincts, contiguës les uns aux autres : Kalliste, La Solidarité, La Granière, Les Bourrely. Quatre quartiers qui globalement sont représentatifs des lieux d'habitation de la communauté de patients qui se rend au Château en santé quotidiennement.

Pour évoquer l'ensemble de cette zone urbaine, on a utilisé jusqu'ici le nom de Notre-Dame-Limite. Ce qui est imprécis, pour une raison bien simple, le « quartier » Notre-Dame-Limite n'a pas de limite claire, c'est un ensemble urbain, une dénomination historique et commode plus qu'administrative.

L'INSEE, pour les statistiques infracommunales, utilise comme unité des « Îlots Regroupés pour l'Information Statistique » ou IRIS. On en dénombre quatre dans la zone qui nous intéresse : La Solidarité ; Kalliste ; Baumillons (La Granière) ; Fabrettes Bourrely. L'ensemble des personnes interrogées vivent dans ces IRIS. Les IRIS permettent de donner une idée chiffrée de la sociologie locale. Pour décrire la sociologie des patients suivis au « Château » nous nous baserons sur les IRIS de Kalliste et de la Solidarité. En effet, Baumillons et Fabrettes sont plus étendus et de ce fait plus mixtes. La délimitation des IRIS est disponible sur le site Géoportail.

Les chiffres suivants proviennent d'exportations des statistiques de l'INSEE de 2017 (63). À la Solidarité et à Kalliste, respectivement, 90,7 % et 94,3 % des habitants ont moins de 65 ans ; dans les familles avec enfants, 16,4 % à la Solidarité et 28,7 % à Kalliste ont plus de quatre enfants de moins de 25 ans. 28,8 % (Solidarité) et 36,6 % (Kalliste) des familles sont monoparentales. 78,9 % des gens habitent en appartement à la Solidarité pour 88,5 % à Kalliste, ce, au sein de grands ensembles. Respectivement à la Solidarité et à Kalliste, 17,4 % et 15,5 % des personnes ayant un foyer payent des impôts ; 71,9 % et 76 % des gens ayant un revenu se trouvent en deçà du seuil de pauvreté à 60 %²¹.

Ces données locales font apparaître une sociologie locale. Une population jeune, avec de nombreux enfants, fréquemment des familles monoparentales. Une population pauvre au sens où le définit l'Union Européenne : « *Personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent* » (64).

Les statistiques ethniques en France sont très encadrées, souvent interdites. Ceci dit, l'INSEE se voit donner l'autorisation d'intégrer, au recensement de la population, le pays de naissance et la nationalité actuelle des résidents. De cette manière en 2017, à la Solidarité 28 % des habitants sont français immigrés²² pour 28,4 % à Kalliste. Ces chiffres ne concernent que les migrants de première génération, en cela ils ne représentent pas pleinement la réalité sociologique de ces quartiers. Si nous évoquons l'origine ethnique des patients du « Château » c'est qu'elle est importante dans notre pratique quotidienne. Importante pour la langue, pour les représentations de santé, du soin, mais également pour les discriminations que bien souvent elle sous-entend : l'exclusion sociale étant un des facteurs centraux des inégalités sociales de santé (65).

Les personnes qui ont participé aux entretiens, sans être représentatives de la diversité du quartier, rendent en partie compte des patients suivis au Château en santé. Sur les 17 entretiens seuls 16 seront utilisés, il s'avère que la première personne interrogée habitait dans le 3^e arrondissement de Marseille. Au total sur 16 entretiens, 8 femmes et 8 hommes ont

²¹ Le taux de pauvreté monétaire correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) étant en situation de pauvreté monétaire. Le seuil de pauvreté monétaire correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population, il s'établit à 1 026 euros par mois pour une personne seule en 2016.

²² Français immigré tel que défini par l'INSEE : personne née à l'étranger avec une nationalité étrangère, résidant actuellement en France ; la qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition.

répondu, la moyenne d'âge est de 52 ans. 5 familles ont passé le confinement à 5 ou plus dans un appartement, 2 personnes l'ont passé seules. 4 personnes habitent la Solidarité, 4 Kalliste, 3 les Bourrely et 5 la Granière. Les entretiens ont initialement été réalisés chez 13 personnes non porteuses de la Covid-19. Au terme de ces premiers entretiens, il s'est avéré que le point de vue sur la peur chez les patients atteints de la Covid-19 était souvent différent. Nous avons donc décidé de réaliser une seconde série d'entretiens chez des patients « Covid plus », soit 5 entretiens.

Les entretiens se sont déroulés selon le désir des gens soit à domicile (2 entretiens), soit au téléphone (1 entretien), soit au Château en santé (13 entretiens). La seule langue utilisée dans les entretiens a été le français, ce pour des raisons d'organisation (appeler, prendre rendez-vous...). En effet, dans la pratique du « Château », nombre de consultations se font en turc, arabe ou anglais avec des traducteurs en présence. C'est-à-dire que seules les personnes parlant couramment français ont participé aux entretiens ce qui sans doute a limité la diversité des réponses. Ceci est le cas notamment pour la communauté kurde.

Nous avons parlé de la langue qui a limité la diversité des entretiens, certains patients n'ont également pas pu ou voulu participer aux entretiens. C'est le cas pour certaines communautés que nous suivons, notamment les patients nigériens, récemment arrivés en France. L'apport de ces entretiens, par leur altérité culturelle aurait été intéressant. Dans certaines communautés plus que d'autres, il a été question de la place de Dieu, de son rapport avec la Covid : fléau de Dieu ou Dieu protecteur, ou Dieu protecteur de certaines communautés spécifiquement. En l'absence de ces entretiens ces notions ne sont que peu abordées comparées à l'importance que la croyance a pu prendre pendant le confinement.

3. PÉRIODE DE L'ÉTUDE

Les entretiens se sont déroulés entre le 15 mai et le 9 juin. Il est important de dire un mot sur les événements propres à cette période. En effet, les peurs fluctuent selon la période envisagée. Cette thèse est écrite courant 2021 et sûrement les mêmes entretiens réalisés en janvier 2021 feraient ressortir d'autres peurs. Les entretiens font directement suite au « déconfinement » du 11 mai. Certaines restrictions sont encore présentes, notamment dans les déplacements et dans le travail. À la date du premier entretien, le 15 mai, on dénombre 118 décès, à la date du dernier entretien, le 9 juin, 87 décès, pour une moyenne qui se situe autour

de 40 décès par jour en France (66). On se déconfiner, d'une certaine manière le « pic de risque » est passé. Dans les entretiens, il sera donc question des peurs ressenties, mais surtout des peurs racontées telles qu'on les a vécues pendant les mois qui précèdent.

Deux événements importants et spécifiques aux quartiers dont nous parlons ont eu un retentissement émotionnel dont il nous faut parler. Le 28 mars, un médecin du 13^e arrondissement de Marseille fait un appel à la communauté comorienne sur YouTube, la vidéo est largement diffusée : « plus de 70 % des patients hospitalisés à l'Hôpital Nord sont comoriens, ainsi qu'à l'hôpital européen et à l'hôpital militaire de Laveran. Mes chers amis, l'heure est vraiment grave, j'ai perdu mon premier patient du coronavirus, la famille n'a même pas eu le droit d'aller le voir car même après le décès cette maladie reste contagieuse (...) ce coronavirus se propage très facilement et très rapidement et il peut être mortel (...) c'est le non-respect des règles qui est à l'origine du nombre trop important de contamination au sein de la communauté comorienne... » (67). Cette vidéo appuie sur la peur pour contrôler cette communauté. On sait depuis qu'en aucun cas, ces chiffres d'hospitalisation ne sont fondés, et que les mariages auxquels ce docteur fait référence se sont déroulés avant le confinement, la vidéo datant du 28 mars, il culpabilise une communauté qui n'est pas responsable d'un cluster qui date d'avant la mise en place des mesures sanitaires.

Autre particularité propre au terrain de l'étude : le 4 mai, suite à une dépêche AFP de Marseille il est décidé que les écoles continueront à fermer leurs portes dans les quartiers de Kalliste et de la Solidarité ainsi que dans le quartier de Malpassé à Marseille (68). Cette fermeture se poursuivra pendant 15 jours après la reprise nationale de la scolarité. Rappelons qu'en avril et en mai les RT-PCR SARS-CoV-2 étaient largement moins disponibles qu'ils ne le sont maintenant. Le dispositif Nord-Covid associait deux lieux de dépistage, le « Château » et la maison de santé de Malpassé. Dans ce dernier, les tests étaient réalisés par Médecins Sans Frontières, qui a rapidement opté pour un dépistage ciblé dans certaines tours d'habitation plutôt que d'autres. Ils ont ainsi mis en évidence certains « clusters familiaux ». Ce qui n'a pas été le cas sur notre site de dépistage, au parc Kalliste. Comme le programme Nord-Covid englobait les deux lieux, Malpassé et Kalliste, il a été décidé par la préfecture de poursuivre la fermeture des écoles dans l'ensemble de ces quartiers, sans se soucier de l'épidémiologie locale de la Covid à Kalliste. Pour ce qui est des dépistages que nous avons réalisés à Kalliste, seul trois ont été positifs sur 175 tests réalisés du 17 avril au 27 mai 2020, ce dans 3 foyers différents, sans qu'aucun patient contact ne soit diagnostiqué positif. Ainsi, selon les données dont nous disposons, les seules à cette échelle infracommunale disponibles, il n'était pas justifié de

poursuivre la fermeture des écoles. Les entretiens se sont déroulés pendant cette période, les écoles dans le quartier de Kalliste et de la Solidarité étaient donc toujours fermées. De plus le 28 avril, soit 3 semaines avant les premiers entretiens, la Grande-Bretagne fait état d'un possible lien entre le syndrome de Kawasaki et la Covid-19. C'est-à-dire qu'au moment où sont réalisés les entretiens, il existe une conjonction locale et européenne de phénomène qui porte les risques de la Covid-19 sur les enfants. Cette inquiétude sera particulièrement palpable dans les entretiens chez les mères de famille.

Dans les entretiens, il sera donc question des peurs ressenties, mais surtout des peurs racontées telles qu'on les a vécues pendant les mois qui précèdent. Les peurs qui seront abordées pendant les entretiens ont donc déjà fait l'objet de reconfigurations. Elles ont été discutées, dans les familles, avec les amis... Les peurs telles qu'elles vont être racontées dans ces entretiens, sont donc bien de l'ordre de la pensée sociale : pensée quotidienne en perpétuelle reconfiguration selon les discussions et les événements quotidiens qui s'y surajoutent.

4. POPULATION À RISQUE DE COVID OU À « RISQUE DE PEUR »

Ces deux exemples de particularisme local sont représentatifs d'une situation bien antérieure à la Covid. « Les quartiers nord », les « quartiers » en général sont ciblés par la peur. Dès les premiers jours du confinement certains médias pointent du doigt l'incivilité et l'irresponsabilité des habitants des quartiers populaires. On pourrait faire appel pour appuyer ce point à un grand nombre de citations, prenons Éric Zemmour qui malgré sa rhétorique plus que douteuse continue d'être éditorialiste à CNews « Ça fait deux jours successifs qu'il y a des gens nombreux, en particulier des Africains, qui font des barbecues [...] et quand les policiers arrivent, ils se révoltent, ils les frappent » (69). Autre exemple, dans les premiers jours du confinement, la Seine-Saint-Denis focalise l'attention en cumulant à elle seule 10 % des contraventions françaises pour non-respect du confinement (70). Dans les faits il n'existe aucun chiffre venant corroborer ce fait, « l'incivilité » tient plus au récit sur la sécurité que l'on fait de ces zones urbaines depuis de nombreuses années. Dans notre expérience, ainsi que dans les entretiens qui vont suivre, le confinement a été scrupuleusement respecté malgré les difficultés qu'il sous-entendait en termes de logement.

Ce qui par ailleurs reste sûr, c'est que nombre des patients que nous suivons au Château en santé font partie d'une classe sociale défavorisée qui cumule les facteurs de risque de santé

tant somatique, psychologique que social. Plus de 80 % des patients qui consultent au « Château » disposent de la CSS. Il n'est plus à démontrer que les facteurs sociaux et communautaires, les conditions de travail, les conditions socio-économiques sont liées à l'état de santé (65). Dans le cas de la Covid, une étude américaine a pu directement mettre en évidence ce point en montrant qu'il existait des disparités dans la gravité, dans la mortalité hospitalière de cette pathologie selon les communautés. Ainsi, dans cette étude tous les patients qui ne sont pas d'origine ethnique « caucasienne », « non-white ethnic groupe » en anglais, ont un risque de décès hospitalier plus important s'ils contractent la Covid, ce sans compter les facteurs de risques somatiques (71). En ce sens, il est probable que beaucoup des habitants des quartiers qui nous intéressent dans cette thèse présentent un ou plusieurs facteurs de risque social de Covid grave.

La zone urbaine que nous considérons dans cette thèse cumule plusieurs des difficultés qui ont pu se présenter pendant la période de confinement, difficultés sociales, économiques, surpeuplement, dépendance importante aux transports... De plus, depuis une trentaine d'années les « quartiers » sont des zones qui font peur, ou tout du moins qui font l'objet d'une communication qui va en ce sens. Et pendant le confinement, suite à l'affaire des « clusters des quartiers nord » il s'avère que non seulement les patients que nous avons suivis ont été sujets à la peur, mais également l'objet des peurs, tant Kalliste (cité dans la dépêche AFP) a été présenté comme une zone à risque. Tant la conjoncture nationale et internationale que locale ont participé à construire les conditions d'une peur intense dans la zone urbaine qui fait le terrain d'étude de cette thèse.

5. ENTRETIENS ET ANALYSE

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs, appuyés sur une grille d'entretien faite d'un nombre restreint de questions ouvertes. La grille d'entretien avait pour vocation d'introduire la discussion et de la porter sur les éléments que nous avons considérés comme essentiels. Chaque entretien a duré une trentaine de minutes. Aucune limite de temps n'était donnée. Chaque entretien a été retranscrit manuellement, le dialecte, ou les particularités syntaxiques et lexicales ont été gardées telles quelles.

Les personnes interrogées étaient, au préalable, contactées par téléphone, l'objet de la thèse leur a été présenté en laissant entendre que l'on discuterait du ressenti en période de confinement et de la peur, mais sans que la peur ne soit présentée comme l'unique objet des

entretiens. Nous avons pris le parti de prendre des libertés avec la grille d'entretien. Nous avons le plus de fois possible porté la discussion sur la peur lorsque celle-ci était évoquée spontanément par la personne interrogée. Ce qui nous a demandé d'être flexible au regard de la grille d'entretien.

La difficulté à rapporter la parole des gens, au travers des entretiens, tient notamment au fait que l'on peut avoir peur d'une chose, être simplement inquiet d'une autre, juste stresser, ou encore affirmer que l'on n'a pas eu peur tout en ayant auparavant utilisé le mot peur. En effet, dans le langage commun il existe une certaine confusion des termes et des champs lexicaux. Autre difficulté, on peut très bien, cela se vérifie dans les entretiens (E2), se comporter d'une manière qui semble fortement conditionnée par la peur, tout en étant simplement inquiet. C'est donc à l'ensemble du champ lexical de la peur et de l'anxiété que se rapportent ces entretiens. En dehors d'un cadre expérimental *in vitro*, explorer la peur au travers de la parole amène forcément à mélanger ces champs lexicaux. La peur dans ces entretiens sera donc bien « l'habitude que l'on a, dans un groupe humain, de redouter telle ou telle menace »²³ et de la raconter.

Dans l'analyse qualitative des entretiens qui va suivre, un ensemble de citations a été choisi. Nous avons opté pour une sélection des extraits les plus parlants, rapporter toutes les évocations relatives aux différents points que nous abordons aurait été trop redondant. Les entretiens ont été, suite à un codage en unité sémantique, regroupés en 6 grandes catégories : le champ lexical des émotions ressenties ; leurs temporalités ; leurs espaces ; les objets des peurs ; le retentissement comportemental ; les raisons qui sont attribuées au Covid ; corps fragiles.

Par « objet des peurs » nous entendrons ici, ce sur quoi se sont portées les peurs des personnes interrogées. Cette notion est à différencier de la Covid, source de la pandémie. Autrement dit, dans la partie sur l'objet des peurs nous abordons les questions de la peur de quoi, et de la peur pour qui.

²³ Delumeau. *La peur en Occident*. 1978

B. ANALYSE DES ENTRETIENS

Dans les parties qui suivent, il sera fait référence aux entretiens, de la manière suivante : E pour entretien, suivi du numéro de l'entretien. Les numéros correspondent à l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. E1 ayant été exclu de l'analyse, la numérotation commence avec E2. Les idées rapportées au cours des entretiens, ont fait l'objet des regroupements thématiques suivant.

1. CHAMP LEXICAL DE LA PEUR

a. INTENSITÉ DES PEURS

Dans 13 des 16 entretiens, le champ lexical de la peur est abordé spontanément par les gens. Dès la première évocation de la peur, on note une très grande variété des sentiments ; de l'absence de peur à la panique.

Chez une personne la peur n'a pas été une problématique, E17 « *Ben non, moi, j'ai pas eu peur, honnêtement.* », il ajoute par la suite « *Vous savez, j'ai maintenant 87 ans, ben, dans un mois moins deux jours. Je prends ça un peu stoïquement* ». Il insiste par ailleurs sur le manque, « *Elle me manque terriblement, terriblement* », dit-il en parlant de sa compagne dont il est séparé à cause de la Covid.

Cinq personnes évoquent plus spécifiquement l'anxiété ou l'inquiétude. E4 « *Au début c'était anxiogène je trouve.* » ; E9 « *Je trouve ça très stressant* » ; E13 « *Voilà, là c'est vrai... de l'appréhension* » ou encore E2 « *Là-dessus, j'étais déjà inquiet au début* ». Ceci dit, exemple de la porosité des termes, E2 affirme dans la phrase qui suit « *Comme elle travaille dans les écoles j'avais peur qu'elle me ramène le microbe à la maison* ». E16 « *Quelques craintes, les craintes qui venaient de l'extérieur.* »

Pour les dix autres personnes, l'évocation de la peur est plus directe, très souvent, répétée à plusieurs reprises au cours de l'entretien. Elle fait l'objet de nuances dans son expression. E3 « *C'était stressant, j'avais trop peur moi au départ, même pour sortir* » ; E5 « *Ça fait peur, ça fait vraiment peur* » ; E12 « *J'ai pleuré, j'ai pleuré, j'avais peur...* » ; E15

« J'avais vraiment peur je vous le dis. Je crois pas que j'aurais peur de quelque chose comme j'ai eu peur avec le Coronavirus » ; E14 « Donc ça c'est la plus grosse des peurs ».

De nombreuses nuances se retrouvent également au sein du même entretien : E10 « Au début j'avais un peu peur. », « ... Je me sens pas trop inquiète. », « Parce que je vois qu'il y a des personnes qui ont beaucoup plus peur... », « Mais c'est maintenant que j'ai plus peur ».

Selon la personne qui raconte, la perception ou narration de l'intensité de la peur peut tout aussi bien changer : E6, lors d'un entretien à domicile, le mari dit « Alors là j'ai pris un peu peur. » et sa femme lui répond « Mais je vais vous dire parce que lui... Mais il paniquait à fond ! »

Beaucoup de personnes interrogées n'ont pas ressenti de panique. E7 « Moi je dis pas la panique parce que, tu as pas le feu » ; E8 « Non, j'ai pas... pas de panique, « ah non tu viens de dehors, vite, vite tu dois... » ».

Ceci dit, elle apparaît tout de même au cours de certains entretiens. E15 « Nouvelle panique, mais cette fois-ci j'étais abattue » ; E10 « La nuit quand je commence à réfléchir j'ai le cœur qui pa-pa-pa-pa-pa » ; E6 « Oui il y a eu de la panique, quand même j'ai été paniqué » ; E5 « J'ai tout pris, panique générale, j'ai tout acheté ».

b. QUI A PEUR ?

Il a fréquemment été question dans les entretiens de la peur chez les autres. Avant tout de la peur chez les proches, que ce soit dans l'espace de confinement, ou en dehors. E5 « Mon mari c'est lui qui a eu le plus peur, il a fait une crise même, de panique » ; E6 « Ma fille elle était traumatisée ma fille » ; E7 « Ma fille elle travaille dans le secteur Covid à l'hôpital européen, ils ont peur les pauvres. » E8 « Mais je voyais que mon beau-frère à peine il avait le nez bouché ou quoi que ce soit, il avait vraiment peur » ; E9 « Oui mon mari, il avait ça toute la journée dans la tête... » ; E15 « Ma voisine déjà elle, elle avait très, très peur » ; ou encore E17 « Et elle, elle a peur... Sinon elle vient pas ». Il est question aussi de la peur chez les collègues de travail : E16 « Il y a eu beaucoup d'arrêts suite à la peur de ces jeunes ».

Autrement dit, pour certains, la peur est chez tout le monde. E3 « C'est comme tout le monde on avait tous peur d'aller travailler » ; E5 « On avait tous l'appréhension, on avait tous

peur » ; E14 « *Bien sûr, comme tout le monde, comme tout le monde* ». Les personnes interrogées évoquent fréquemment la peur des autres, plutôt pour marquer le fait qu'ils étaient nombreux dans cette situation.

2. TEMPORALITÉ DES PEURS

a. PREMIÈRES PEURS ET PRISE DE CONSCIENCE

De manière générale, la peur a débuté au moment de la prise de conscience de la crise. Cette prise de conscience a pu passer par les chaînes de télévision, E5 « *On a commencé à voir les malades, les malades, les hôpitaux débordés, les trucs... (...) On a commencé à se dire que ça devenait réel, tous ces malades, tous ces morts, par milliers, ça fait peur, ça fait vraiment peur* ». La réalité de la crise passe par le nombre de morts, E7 « *Au début non, après quand je regarde la télévision, en France c'était 1 400 et tout. Là je dis on va tous y passer, oh... Si c'était pas le confinement... C'est dangereux hé !* » ; E5 « *Quand on a commencé à voir les chiffres affichés à la télé* ». E3 « *Je crois que c'était plus les infos qui me... À force de regarder BFM TV en boucle...* » ; E9 « *Après la peur, la peur quand on regarde la télé. (...) Parce que bon le nombre de morts qui défile comme ça tous les soirs...* » ; E10 « *Je regarde beaucoup les informations moi aussi et ça, c'est un truc qui est pas bon... Parce que on entend des trucs* ».

Prise de conscience qui a également pu passer par le confinement, E8 « *Quand ils nous ont mis en confinement. Oui parce que là je me suis dit, ah bon... Là c'est sérieux* ».

Pour d'autres, les premières peurs passent par la reconnaissance du risque, non pas sur un plan sociétal, mais pour les proches : ainsi dans E3, « *Je crois que c'est depuis ce jour-là..., (...) mon frère il était à Saint-Étienne, (...) quand il est rentré à la maison, ma mère elle m'appelle, elle me dit « Ouais y a ton frère qui tousse qu'a mal au ventre qu'a des courbatures* ». Autrement dit, dans E8 « *La peur que ça arrive à nous quoi* » ; E6 « *Quand ma femme a eu des symptômes et que je l'ai vue bien, bien, bien fatiguée (...) Alors là j'ai pris un peu peur* ». E16 « *Quand on a vu dans quel état elle était ben ouais, ça nous a fait peur.* »

Les peurs ont souvent été plus intenses au début, les premières fois, les premières sorties de l'appartement ou de l'espace de confinement en général. E11 « *Oui la première fois c'était le plus anxieux parce que j'avais vraiment peur de prendre quelque chose* », « *Quand je suis allée au magasin la première fois* » ; E12 « *Non, juste les débuts. Les débuts oui... Après ça*

va » ; E 5 « *La première fois que je suis allée faire mes courses en grandes surfaces, qu'on a fait la queue et que je suis rentrée... Je me suis dit mon Dieu. Je crois que c'est ce jour-là que ça m'a fait peur, que j'ai pris conscience* ».

Les peurs s'atténuent par la suite. E3 « *Je fais attention bien sûr mais c'est plus comme avant. Au début c'était...* » ; E7 « *Mais Hamdoullah, le plus gros maintenant c'est passé* ». E12 « *Après ça va* » ; E14 « *C'est vrai maintenant on a pas trop peur, sortir... Normal* ». Autrement dit, au moment où les entretiens sont conduits, on a moins peur qu'auparavant. En témoigne l'utilisation fréquente de l'imparfait, E8 « *Oui la peur elle y était* ». E11 résume la chose ainsi « *On a eu la peur parce qu'au début c'était quelque chose de nouveau, on s'y attendait pas, mais on apprend, on s'habitue, on commence à comprendre comment il faut gérer.* »

Pour d'autres, les peurs sont plus intenses fin mai début juin qu'« au début », E11 « *Mais c'est maintenant que j'ai plus peur* », « maintenant » évoque le déconfinement. Pour E2 les peurs sont à venir encore « *Et dans 3 semaines au mois de juin (réouverture des écoles à Kalliste), ça va être vraiment la panique* ».

b. PEURS À L'ANNONCE DE LA POSITIVITÉ DE LA COVID-19

Les patients qui ont contracté la Covid-19 insistent sur le choc ressenti à l'annonce de la positivité de la RT-PCR SARS-CoV-2.

Deux personnes évoquent le fait que contracter la Covid était inimaginable. E12 « *Après je commençais à tousser et moi j'ai pas pensé à ça, je me suis dit peut-être je vais avoir la grippe* », « *peut-être j'ai attrapé froid...* » ; E15 « *On a pas réalisé tout de suite et pourtant les symptômes ils y étaient. On se disait que c'est la grippe, parce que il y avait pas le nez qui coule, mais la fatigue, les courbatures, la toux...* », « *J'avais les mêmes symptômes que mon mari, mais moi je me refusais, je me refusais que j'ai la maladie. J'acceptais pas, pas tout de suite* ».

Suivant les contextes de l'annonce de la positivité de la RT-PCR les réactions ont pris des formes différentes. Ainsi dans E14, le père de famille est déjà positif, la personne s'attend donc à l'être aussi, cependant « *j'étais quand même choquée, d'apprendre que j'étais vraiment porteuse de ça je me posais des questions, qu'est-ce que ça doit faire ? C'était bizarre. Est-ce que je vais être hospitalisée ?* ». Dans E16, l'interrogée est la dernière personne dans son lieu

de travail à contracter la Covid, 10 autres collègues l'ont eu avant elle, mais à l'annonce : « *J'ai eu peur pour mes enfants, parce que j'ai un fils qui est diabétique, donc j'ai eu peur plus pour eux que pour moi au départ* ». Dans E17 « *Ça m'a complètement abasourdi quoi* », on ne trouvera d'ailleurs jamais dans quelle circonstance il a contracté la Covid-19.

Dans les entretiens E15 et E12, les personnes évoquent plus clairement la peur, une peur intense. E12 « *J'ai pleuré, j'ai pleuré, j'avais peur mais nous comme on croit en Dieu, j'ai dit, « tout ce qui peut arriver, arrivera... ». Mais au début j'avais peur... J'ai commencé à pleurer, après mes enfants...* ». E15, également « *J'étais abattue. Je suis restée la journée, la journée sans manger... Que pleurer. Franchement j'ai cru mourir, j'ai cru mourir... Et pourtant j'étais pas trop, trop, trop malade et pourtant ça me faisait peur, ça me faisait vraiment peur* », « *J'ai pris mon bloc-notes, j'ai commencé à écrire [son testament]... Mais surtout pour mes enfants...* »

Quel que soit le contexte, pour les patients ayant contracté la Covid-19, la peur commence au moment du diagnostic, tout du moins s'il y a eu des peurs auparavant, l'intensité de celle liée directement à la Covid fait qu'elles n'ont plus lieu d'être.

3. OBJETS DES PEURS

Nous transcrivons ici les « trains » de peur dominants chez les personnes interrogées. Chez chacune des personnes interrogées on peut en effet mettre en évidence une, deux ou trois peurs dominantes, souvent liées les unes aux autres. Pour parler de l'objet des peurs nous présenterons donc des profils de peurs telles que nous les avons observées lors des entretiens.

Dans l'entretien E2 la personne interrogée est plus touchée par des inquiétudes diverses que par la peur à proprement parler, « *C'est pas de la peur* », mais « *Inquiétude oui. Inquiétude pour ma femme, pour mon fils, pour ma petite fille* ». Mais plus loin dans l'entretien on note que ses inquiétudes principales touchent à la peur de la souffrance, il a, fin 2019, été hospitalisé pour une leucémie : « *Bien sûr que j'y pense, j'y pense tous les jours. Franchement, j'y pense tous les jours. Souffrir ce que j'ai souffert je veux plus le faire* ». Peur de mourir dans la souffrance pour lui, « *Si je rentre à l'hôpital, je ne ressortirai plus* », mais également pour ses proches, pour sa femme : parce que « *ma femme (...) c'est vrai que pendant ces mois d'hospitalisation heu... elle a souffert plus que moi je pense* ».

Dans l'entretien E13, l'idée principale est aussi la souffrance, « *Peur d'une souffrance. Moi pour moi, peur d'une souffrance. Je sais pas mettons cancéreux, le sida ou je sais pas. Ou de ça aussi le virus, les gens ils tremblaient* ». Il explicite plus loin son propos, évoquant la peur de mourir dans la souffrance. « *D'une souffrance, t'es en train de crier et tout, tu as mal. C'est pas qu'il a peur de mourir, mourir c'est mon dernier souci. Je sais un jour je vais mourir, mais je veux pas mourir en souffrance* ». Cette mort en souffrance, Covid ou non, est associée à l'hôpital : « *L'hôpital, la souffrance, tu fais souffrir ta famille. Du matin au soir ils vont être derrière toi, je sais pas là* ». L'hôpital est vu comme le lieu où l'on meurt dans la souffrance.

Dans E10, l'interrogé met vraiment la peur de la mort en avant, la peur « *que ça m'arrive, et je me disais que si ça m'arrivait que j'allais mourir* », il en rêve la nuit « *Ce truc... Je rêvais la nuit que je l'avais ce truc, ce virus. Je dormais pas bien. J'étais pas bien. Même maintenant à l'heure actuelle* ». Il insiste par la suite sur la peur de l'autre, l'autre qui pourrait le contaminer : peur de sa compagne « *avec elle j'ai toujours peur, à chaque fois qu'elle me disait « oh j'ai le nez qui coule un peu dernièrement... » qu'elle... elle s'en fout de tout* », et peur des autres « *mais quand ils me parlent, on a tendance à s'approcher des gens... et souvent je recule. Je recule.* ».

Autre évocation très claire de la peur de la mort chez une personne atteinte de la Covid. E15, « *Franchement j'ai cru mourir, j'ai cru mourir...* », « *Parce que moi je dis j'ai frôlé la mort, j'ai frôlé la mort* », « *Peur de mourir, peur de mourir... Mais vous savez la maladie le début, même jusqu'à maintenant, ça fait quand même plein, plein, plein de victimes* ». Dans ces moments de peur elle ajoute : « *Là j'ai oublié vraiment mon mari et j'ai dit, ça y est... Je vais partir* ». Ceci dit, elle affirmera ensuite : « *Non, non, mourir on va tous mourir, c'est pas ça qui me préoccupait* » « *Mais mourir, vous imaginez, mourir comme un chien, comme un chien errant. Même la famille ne peut pas aller vous dire au revoir. C'est ça le problème de cette maladie, c'est le fait de mourir comme je sais pas...* »

On retrouve fréquemment cette idée que ça n'est pas la mort qui fait peur, mais la manière de mourir. Dans l'entretien E12, cette idée prédomine : « *J'avais peur de me trouver à l'hôpital, comme tous les gens qu'on voyait* », « *Il y en a beaucoup qui sont partis. C'était des gens qui voulaient être enterrés dans leur pays, leurs familles ils ne les ont pas vues. C'est pas le fait de mourir, c'est la façon de mourir* ». On retrouve également l'image d'une mort inhumaine : « *J'ai une copine qui travaille à l'Hôpital Nord, elle m'a dit « il y avait des camions qui étaient pleins de corps* », comme des animaux, ils les entassaient comme ça. Ça fait peur

ça. Je me suis dit « moi aussi je vais être dans ce camion et tout, sans que ma famille me voie... ».

Même idée dans l'entretien E8 « *Oui la mort, oui. On va tous y passer mais pas de cette manière...* », « *De mourir dans les conditions comme ils sont morts, seuls... En fait ils ne sont pas morts... Par exemple de vieillesse. Même s'ils étaient âgés ou moins âgés, personne ne mérite de mourir comme ça.* », « *Le pire qui m'a touché en fait, c'était dans un journal (...), des corps dans des sacs-poubelles, jetés à même le sol...* ». Ou encore dans l'entretien E6 « *Le plus que ça m'a touché, j'ai pleuré pour ça, c'est qu'on enterrait les gens comme des animaux !* ».

Si la peur nous touche directement, on a souvent peur pour les autres. Dans l'entretien E14, la personne interrogée, malgré le fait qu'elle soit également porteuse de la Covid, a surtout peur pour ses proches, « *Peur pour mon père oui. On ne savait s'il allait s'en sortir ou pas* », son père est hospitalisé pour Covid grave, « *Ça, ça a fait vraiment peur, de ne pas pouvoir... Un proche à toi, qui est à l'hôpital et tu ne peux pas lui apporter de soutien, de l'aide. Je pense qu'il en avait besoin.* ».

Dans l'entretien E8 la peur pour les enfants est clairement explicitée : « *Mais il y avait la peur surtout, bon pas pour moi parce que la peur c'était pas personnellement, c'était envers mes enfants* », « *J'avais peur qu'un de mes enfants le donne, surtout à ma petite. C'est ça l'inquiétude, un de nous nous le transmet* ». Mais si elle a peur de la mort d'un de ses enfants ce qui l'inquiète également c'est d'être responsable de la contamination : « *Si moi je l'avais transmis à mon beau-frère ou mon mari, surtout mes enfants. Ah non... Là je ne me serais pas sentie mère, non je m'en voudrais toute ma vie...* ». Peur d'être responsable ou qu'un proche soit responsable : « *Mon mari ou mon beau-frère nous l'aurait transmis... j'en aurais voulu à vie, là c'était impardonnable. Malgré le fait que c'était pas leur faute, aller on va dire 50/50, mais voilà quoi je leur en aurais voulu à vie* ».

On retrouve cette idée de la peur d'être responsable de la contamination dans E5 : « *C'est ça ma peur, c'est de le donner à quelqu'un* », « *J'ai peur qu'à cause de moi je le donne à quelqu'un et qu'il en meurt* », « *Ou à mon mari ou à mes enfants, ou à ma petite fille. Ou n'importe qui. Que je sois responsable* ».

Même tendance dans l'entretien E16, à l'annonce de la positivité de la RT-PCR SARS-CoV-2, ses premières pensées sont pour son fils : « *Quand j'ai su que j'étais positif et ben la veille j'étais avec lui [son fils]. Et deux jours plus tôt aussi* » et d'ajouter « *J'ai eu peur pour*

mes enfants, parce que j'ai un fils qui est diabétique, donc j'ai eu peur plus pour eux que pour moi au départ ».

La peur de transmettre à ses proches la Covid-19, ou d'être responsable d'une manière ou d'une autre de leur contamination et des conséquences de celles-ci se retrouve dans quasiment tous les entretiens. Autre exemple, dans E4 « *Mon angoisse, mais il va peut-être pas aimer que je vous dise ça [en parlant de son fils]. Il s'est installé chez nous pour nous aider, il chope le virus pour nous aider, ça reste un cauchemar pour moi ça* », « *Je perdrais mon fils demain parce qu'il est venu en même temps ?* ».

Dans les familles nombreuses, la peur pour les enfants se double de la peur de l'isolement, E8 « *Ben déjà ça aurait été compliqué de mettre en place un isolement, j'ai une petite d'un an. D'être loin de mes enfants c'était inimaginable pour moi. Impossible surtout* » ; E9 « *J'ai commencé un peu à avoir peur quand elle m'a demandé « est-ce que vous pouvez être à l'isolement chez vous parce que si ça n'est pas possible d'être à l'isolement chez vous va falloir qu'on trouve un système pour que vous soyez isolé s'il y a quelque chose »* ».

D'autres peurs, moins fréquentes, moins répandues sont notables. On peut parler de peurs sociales. Ainsi dans l'entretien E3, on note de nombreuses peurs que nous avons déjà abordées, peur de la mort « *Alors, j'avais peur... de mourir en fait, d'attraper le virus et d'y passer* » ; peur pour les proches « *J'ai stressé pour moi mais aussi pour mon père, il est âgé, il a des maladies chroniques, il souffre d'hypertension, le diabète* » ; peur de contaminer « *Si j'attrape le virus et que je rentre à la maison et sans faire gaffe il l'attrape et qu'il y passe je vais m'en vouloir* ». Mais il évoque aussi la peur pour l'économie, la sienne et la macroéconomie « *Là j'ai trop peur, aujourd'hui, économiquement ça risque d'être très, très compliqué. J'ai peur demain de perdre mon boulot, moi, mes collègues, mes frères* ».

Pour cette mère de famille, en attente d'un titre de séjour, prédomine une peur administrative « *Ça fait huit ans, huit ans que je suis en France et c'est maintenant que l'on vient de régulariser notre situation. Donc j'avais espoir que quand je vais changer maintenant ils vont me donner une carte pluriannuelle mais comme on a pas passé les rendez-vous de convocation à l'OFII peut-être ils vont nous donner encore une carte pour un an. Peur qu'ils nous disent juste non...* ».

Autre peur, celle du désordre social : dans l'entretien E9 « *Ce qui me fait plus peur, c'est maintenant en fait parce que je me dis que maintenant on déconfiner et y'a rien qui est organisé pour le déconfinement* » ; E7 « *Moi j'ai peur les gens qu'ils respectent pas !* » ; E11

« Et j'avais très peur aussi après le déconfinement, quand j'ai vu tous ces gens qui sont sortis d'un coup, qui ont enlevé tous les masques ».

4. PEURS ET ESPACES

a. LIEUX DE PEURS

Ces peurs s'incarnent dans un ensemble de lieux.

Avant tout, les grandes surfaces. E2 « *Les lieux les plus dangereux c'est les grandes surfaces* » ; E3 « *Ou en allant faire les courses, je faisais très, très attention* » ; E4 « *Les supermarchés, Intermarché au départ. Moi il m'est arrivé deux trois fois de faire demi-tour parce que j'avais pas envie de faire la queue au milieu de tout le monde, au début.* » ; E5 « *Le pire où je l'ai ressenti c'est dans les grandes surfaces, peut-être un peu moins là, mais à un moment donné.* ». E11 « *Quand je suis allée au magasin la première fois* ». Les grandes surfaces sont un lieu dangereux, l'avis est unanime. C'est un lieu de contamination E2 « *Tous les gens qui touchent les boîtes de conserve* » ; un lieu contaminé : E4 « *Les commissions elles restent une heure ou deux dehors avant de les ranger* » ; E7 « *Ma femme, elle prend les choses et elle met dans le micro-ondes pour que ça soit pas contaminé* » ; E9 « *Quand on revient des courses, on lave les paquets, on désinfecte, on met la javel, on met le vinaigre sur les légumes, les fruits* ».

L'hôpital est un lieu menaçant également. E2 « *Ah non c'est... un lieu... je vous dis, déjà je vais aller faire le scanner là, je vous dis je vais mettre une blouse blanche pour y aller*, « *si je rentre à l'hôpital, je ne ressortirai plus* » ; E10 « *Moi je pense que c'est ce qui m'a traumatisé. Quand j'ai été à Paoli-Calmettes, quand j'ai vu les gens...* » ; E14 « *On s'est dit peut-être que nous on a pas ça et que juste en allant à l'hôpital on peut l'attraper. Ça aussi c'est la peur* ».

Cette peur s'étend dans une moindre mesure à tous les lieux de soin : E3 « *Ici [le Château en santé] par exemple, la tente...* » ; E11 « *C'est comme c'est un centre de santé, les personnes qui sont malades elles viennent ici donc...* » ; E15 « *le fait de venir ici, peut-être ils ont cru qu'ils allaient s'exposer* ». Dans un lieu de santé on s'expose à la Covid, on s'expose également au regard des autres, E15 « *Et ben moi peut-être je me mets dans le balcon et je dis Ahhhh, lui regarde, lui, il est au Château, peut-être il a le coronavirus...* ».

L'espace de travail est, parfois, un lieu de peur : E2 « *Parce qu'au départ je me suis mis en arrêt, c'est comme tout le monde on avait tous peur d'aller travailler* » ; E5 « *J'avais arrêté trois semaines puis je me suis mise en congé 15 jours pour maladie. Vous imaginez que ça a été la panique, d'ailleurs même les enfants ont eu peur « Maman tu es trop proche de tout le monde »* ». Ceci dit on retrouve assez peu d'allusions au travail dans les entretiens, sur la période de confinement seules trois personnes ont continué à travailler en présentiel et une personne en télétravail.

Plus généralement les lieux de peur sont des lieux de possible contamination, soit tous les lieux où il y a du « monde ». La rue et les espaces publics, E2 « *Dans la rue un monde de fou l'un sur l'autre* » ; E14 « *Ben les hôpitaux, les lieux publics, les bus etc.* ». Les transports en commun, E3 « *On est amené à prendre le métro quasiment tous les jours, et j'avais peur de l'attraper en allant travailler* ». Là où il y a du monde, E4 « *C'est surtout dans les milieux où il y a beaucoup de densité humaine* » ; E7 « *Surtout dans des endroits y a tout le monde qui vit les uns sur les autres* ».

Il arrive dans certains entretiens que l'espace public devienne ainsi ce lieu où l'on ne respecte rien. E2 « *Quand on voit ces lieux publics où les gens ne respectent rien* » ; E4 « *Il y avait les gens qui restaient à parler haut et proches et sans masque* », « *Mais ce secteur-là, en bas de la rue, juste en face du labo, il y a une bande, une faune quoi.* »

Mais l'espace de peur par excellence reste la télévision, l'espace numérique de la communication. Regarder la télévision fait peur, les images qu'elle diffuse font peur : E4 « *Après on mettait la télé, on croyait que c'était la fin du monde... Des morts de partout.* » ; E5 « *Ils disent chaque 24 heures y'a 100, 200, 1000, c'est ça qui est choquant.* » ; E9 « *Après la peur, la peur quand on regarde la télé* » ; E10 « *Je regarde beaucoup les informations moi aussi et ça, c'est un truc qui est pas bon... Parce qu'on entend des trucs* » ; E14 « *Quand on regarde la télé, les infos, tout ce qui se dit sur ce virus-là bien sûr on a peur* », « *Quand on voyait tout le monde y passer, beaucoup de morts, oui j'ai eu peur. Ils donnaient l'impression que c'est une maladie de ouf quoi...* ».

Beaucoup ne savent plus quoi penser, E2 « *Un jour on dit blanc le lendemain on dit rouge* » ; E3 « *Mais moi je comprends rien, je regarde la télé...* » ; E4 « *Mille et une informations, les journaux ne parlant que de ça, pour au final n'avoir que des avis contraires* » ; E14 « *C'est plus aux informations qu'ils envenimaient cette peur* ».

b. ESPACES SANS PEUR

L'espace de confinement est un espace que l'on espère vierge : un espace sans peur. E4 « *Dans la maison, moi je me sens protégé oui* » ; E9 « *A la maison ça va* » ; E11 « *Oui, chez nous, enfin on ne sait pas, mais on aimerait bien croire* ».

Parfois cet espace sans peur, selon le modèle de confinement peut se réduire. Dans l'entretien E11, cette personne vit avec son père et sa mère, qui présentent des comorbidités. Pour lui les espaces où il n'a pas peur sont « *Dans ma chambre et dans ma voiture. Voilà c'est tout. Je suis dans ma chambre, dans ma voiture. Quand je suis dans ma voiture je remonte les vitres j'enlève le masque...* »

Dans les premiers temps on protège cet espace de la contamination. Déjà on limite au maximum les sorties. E5 « *On sort pas. On sortait réellement que pour faire nos courses. J'allais, je faisais le plein et je n'allais plus pendant au moins 15 jours. Je faisais en sorte de limiter nos sorties* » ; E11 « *On achetait beaucoup de choses, pour ne pas sortir tous les trois, quatre jours. On prenait des œufs presque une centaine, 25 kg de farine... On faisait comme ça* ».

Une personne se charge des courses, souvent la même, E4 « *Notre fils s'est installé à l'occasion du confinement ici et il s'est chargé beaucoup des commissions, des courses que je faisais avant seul* » ; E14 « *Mon grand frère, il allait faire les courses, il nous les apportait et il repartait. Lui, il habite pas avec nous. Il nous déposait devant la porte* ».

Si une personne se charge d'acheter de la nourriture, d'autres, dans les espaces de confinement, ne sortent jamais. Les enfants par exemple : E11 « *On ne laissait pas sortir les enfants dehors parce qu'au début j'avais un peu peur* ». Parfois à l'inverse les enfants ne laissent pas sortir les parents, E7 « *Mais ils voulaient pas que je sorte. Soi-disant que c'est dangereux et tout ça* », « *Chaque fois ils m'achètent qu'est-ce qui faut mais ils veulent pas que je sorte* » ; E6 « *Alors on ne leur disait rien, moi je prenais ma petite voiture et je partais* ».

On programme les sorties de l'espace de confinement. Temporellement d'abord : E3 « *J'allais tôt le matin aller faire les courses ou tard le soir* », « *À 17 heures j'ai un rendez-vous à Casino, au lieu d'aller faire les courses directement j'ai opté pour le drive, donc il y a que moi qui sors* » ; E4 « *Donc du coup on choisit, les jours, les horaires, sachant qu'il y aurait le moins de monde possible* ». Et on se prépare pour affronter la contamination : E6 « *Alors je me barricadais bien, je portais le masque... Des gants que j'avais achetés pour le gasoil. Pour pas toucher le caddie, les débuts j'avais un masque pour repeindre, un masque de peinture* ».

Rentrer dans son appartement fait également l'objet de protocoles. On part du principe que l'on est contaminé, qu'il faut donc se décontaminer avant d'entrer dans l'espace de confinement : E3 « *À la maison pareil dès que je rentre du boulot, baskets à l'extérieur, toujours les baskets dans le couloir* » ; E5 « *On enlève les chaussures, on se déshabille, chacun se mettait un autre habit. Au début, au tout début pendant le premier mois ça a été ça constamment* » ; E9 « *Mais enfin il laissait ses habits de pompier là-bas. En arrivant à la maison, il prenait une douche à l'extérieur, il rentrait pas avec ses chaussures, on avait acheté des trucs pour nettoyer les semelles de chaussures...* »

La décontamination se poursuit dans l'espace de confinement. E5 « *Vous pouviez opérer quelqu'un à la maison. Tous les matins (...) d'abord je nettoie tout, puis, (...) Je ferme les fenêtres le temps de vaporiser l'air puis après j'aère, juste le temps de désinfecter toute la maison* » ; E6 « *À la maison il nettoyait tout, tout, tout, la javel, les poignées, les machins...* » ; E8 « *Le grand ménage tous les jours* » ; E10 « *S'il y a des bouteilles je prends l'alcool ou le gel, avec du Sopalín, je nettoie tout. Avant jamais j'ai fait ça, jamais* ».

Au sein de l'espace de confinement, des zones sont parfois définies. E3 « *Je mange plus avec mes parents par exemple, on mange plus à table, je mange sur le balcon* », « *Je me suis interdit le canapé au salon, parce qu'il y a mon père* ». Les enfants peuvent être exclus de certaines zones également, E11 « *Je ne laissais pas rentrer les enfants dans la cuisine parce qu'il y avait des courses...* ».

Les zones sont d'autant plus strictes quand la Covid se déclenche dans un foyer : E12 « *Moi je me suis enfermée dans la chambre* », « *On ne dormait pas ensemble, lui il dormait au salon* » ; E15 « *Alors, on s'est séparés. Il avait la chambre, moi l'autre chambre (...), Moi je mange de mon côté* » ; E16 « *On a séparé la chambre* ». Les objets du quotidien sont aussi sujets à des mesures particulières : E16 « *Le seul ordinateur, c'était le mien et je ne leur prêtai pas parce que j'avais pas de produit pour nettoyer* ».

5. EXPRESSION CORPORELLE DES PEURS

a. RAPPORT À SON PROPRE CORPS

Une des premières expressions corporelles de la peur tient au rapport que l'on entretient avec les mesures barrières. Nous rappellerons, avant de transcrire les entretiens, que fin mai début juin le masque n'est pas obligatoire, on le recommande. C'est donc une décision « personnelle » de porter un masque, tout comme des gants, ou quelconque objet de protection. Les mesures barrières fin mai sont encore relativement nouvelles, elles ne sont pas autant intégrées à nos comportements collectifs qu'elles le sont maintenant.

Dans tous les entretiens les personnes insistent sur l'importance de se protéger. E2 « *J'ai mes gants, je mets mes gants et mon masque dès que je rentre je mets mon masque et si je ressors et que je recharge je remets mon masque. J'ai toujours des masques dans la voiture* » ; E3 « *J'étais masqué, j'avais le masque, j'avais les gants, du gel toujours sur moi* » ; E6 « *Alors je me barricadais bien, je portais le masque... Un masque pour repeindre, un masque de peinture* » ; E7 « *Je préfère m'étouffer un peu que prendre la maladie* » ; E10 « *après je me savonne, je me savonne sans arrêt moi... Au moins trente fois* ».

On se protège mais également, on se nettoie, on lave, on désinfecte, E2 « *Ça va directement au lavage* » ; E3 « *lavage des mains* » ; E5 « *On se lave les mains régulièrement* », « *laver tous nos habits, laver toutes nos affaires* » ; E14 « *On se nettoie tout le temps les mains, on est tout le temps en train de se nettoyer les mains, de se désinfecter...* ».

On ne pourrait dire mieux : E5 « *Ça nous touche pleinement, dans notre corps* ».

b. DISTANCIATION SOCIALE

Autre expression corporelle des peurs, la distanciation sociale.

La distanciation commence parfois dans l'espace de confinement. E1 « *Ni avec ma femme ! Ni on s'embrasse, ni rien depuis le mois de janvier !* » ; E2 « *Il n'y a plus les rapports qu'on avait entre mère et fils, père et fils, il y a plus ça en fait. Ça fait mal, ça fait très, très mal* ».

mais on fait avec... » ; E9 « Si le soir quand je fais des bisous à mes enfants quand je vais les coucher... Ben là je ne leur faisais pas le bisou ».

Parfois elle est seulement discutée, elle pose question. E6 « *Mon mari il rigolait, il me disait, « il faut qu'on se sépare. Je vais dormir dans le salon et toi tu gardes le lit ».* Et je lui disais « *ça va pas ou bien tu dors dans le lit avec moi ou bien !* » ». De manière générale, après discussion, on se passe de distanciation au sein d'un même espace de confinement.

Plus parlante, la distanciation avec les proches, famille et amis, ne vivant pas dans le même lieu. Fin mai cette distance est encore marquée, les gens voient à nouveau leurs proches mais avec de nombreuses précautions. E3 « *Même aujourd'hui mes cousins, les potes, ma propre copine, j'ai peur de rompre le confinement...* » ; E10 « *Écoute mon fils je ne te fais pas la bise je lui dis. Je vais t'emboucaner à toi, tu vas emboucaner ta femme, tes petits* » ; E13 « *D'habitude on rigole tranquille et tout et là d'un coup, « éloigne-toi », un mètre, le masque, d'habitude on se fait la main on se fait la bise. Aujourd'hui garde ta distance* » ; E2 « *Ça faisait 4 mois que j'avais pas vu ma petite fille, ce qui fait qu'on est allés chez mon fils, sans se faire la bise, sans prendre la petite dans les bras* ».

Dans l'entretien E8, la personne interrogée résume la chose ainsi « *Y a plus ce social qu'il y avait avant, le changement c'est juste ça* ».

c. REGARD DES AUTRES

Nous utilisons ici l'expression « les autres » pour désigner à la fois les proches et les inconnus. Nous dissociérons, entre cette partie et la suivante, les personnes non porteuses de la Covid, dans un premier temps, et celles qui ont été testées positives, dans un second temps. Les impressions sont significativement différentes.

La méfiance envers les autres se retrouve dans plusieurs entretiens : E5 « *Ma belle-fille est partie chez sa mère justement parce que ça faisait longtemps et je lui avais dit « si tu vas là-haut et si tu rentres, on ne se parle plus », (...) moi j'en sais rien si elle fait attention la belle-mère, je suis pas là-bas pour voir* ». Toujours dans E5 « *En plus c'est malsain à un moment, presque on se regarde tous comme des gens dangereux. Personne n'ose parler, se regarder...* ». Dans E14, l'interrogé évoque le fait que les gens peuvent « *se méfier d'une manière un peu bizarre* ».

Les gens sont parfois décrits comme un danger ou plutôt comme une menace, E7 « *Mais les gens faut qu'ils mettent le masque. Mais y'a des gens...* » ; E9 « *Là j'ai pris, l'autre jour, le tram, la moitié des gens n'ont pas le masque... Les gens y s'assoient là où c'est interdit de s'asseoir. Je me dis il n'y a pas de respect* » ; E10 « *Après y'en a ils se tapent la main commence ça...* ». Dit autrement E9 « *On fait plus confiance, moi je fais plus confiance en tout cas* » ; E10 « *Non on peut plus faire confiance...* »

Si l'on regarde les autres avec suspicion, on est également regardé avec la même suspicion. E8 « *j'étais avec une amie, on était à moins de un mètre, ensemble parce qu'elle avait fait le test en même temps que moi. C'était négatif pour elle comme pour moi. Du coup on était proche sans mettre les un mètre de barrière, les gens ils ne comprenaient pas, on aurait dit que nous on était les monstres* » ; E9 « *Oui, j'ai vu une dame, on était à quatre, de la même famille, quand elle nous a vus arriver, j'ai vu qu'elle s'était vraiment collée contre la fenêtre. Ça doit être quelqu'un qui veut vraiment pas toucher les personnes* » ; E13 « *Vous sortez pas, vous rencontrez pas les gens. Les gens ils se méfient un peu* », « *Là tu fais pas la bise, les mecs maintenant ils te font des manières, des gestes là tu vois* ».

Ou encore situation fréquente, E9 « *Quand j'allais à Carrefour j'essayais de m'arrêter de tousser, je ne voulais pas que les gens me voient qu'ils se disent pourquoi elle tousse celle-là* ».

d. INCARNER LA MENACE

Les personnes porteuses de la Covid incarnent la menace, tant pour elles que pour les autres.

Bien souvent lorsque l'on contracte la Covid, on garde cette information pour soi. E14 « *Je l'ai caché à des copines, j'ai pas dit que j'étais malade. Je l'ai dit deux semaines trois semaines après. Même ma sœur je l'ai caché, ma sœur...* » ; E14 « *Mais mes amis non... Je leur ai dit après quand j'étais guéri* » ; E15 « *J'ai pas appelé mon mari tout de suite* », « *Par contre ceux qui sont pas avec moi, ceux qui sont au bled, j'ai pas dit, j'ai pas dit que c'était le Coronavirus* ». Même chose dans l'entretien E6, ce couple a eu des symptômes sans qu'aucun test ne soit réalisé, donc sans diagnostic mais « *On a rien dit aux enfants les premières semaines* ».

On pourrait ajouter que pour les personnes interrogées cette réaction est fréquente dans le quartier, E12 « *Oui, ah oui, il y en a qu'ils ne le disaient pas... »* ; E15 « *Dans le bâtiment ici à Kalliste, y'avait beaucoup de gens qui avaient le Corona mais qui n'ont pas dit. Je suis pas la seule (...) y'avait que la Timone qui donnait le traitement, on se voyait tous là-bas et jamais... »*

Pour expliquer ce phénomène on invoque plusieurs raisons. Premièrement, la peur de faire peur. E12 « *Je l'ai caché [à sa sœur]... Parce que elle c'est quelqu'un qui s'inquiète vite. Je sais pas, elle c'est une peureuse alors je voulais pas lui dire ça »* ; E14 « *Je voulais pas qu'ils s'inquiètent pour nous... Parce que c'est vrai, on pense que c'est un virus qui tue, donc on préfère pas inquiéter les gens plus que ça »* ; E15 « *Pour pas les inquiéter »*.

Effectivement lorsqu'on annonce que l'on est porteur du SARS-CoV-2, les gens s'inquiètent. E12 « *Après je lui ai dit [à sa sœur]. Quand je lui ai dit, elle a commencé à pleurer »*. Ce qui suscite souvent de la sollicitude de la part des proches E15 « *[mon mari] venait me dire « mais, qu'est-ce que je peux faire pour toi » et que ceci et que... « prends le médicament, prends ceci, prends cela » »* ; E14 « *Ça nous a soudé, c'est sûr, tous. Et même avec la famille plus éloignée, tout le monde nous appelait, ils étaient trop choux, tout le monde aux petits soins »* ; E16 « *Voilà beaucoup de soutien, une belle chaîne de solidarité »*.

Mais, à part la sollicitude, les porteurs de la Covid sont regardés et approchés avec méfiance. Au travail par exemple, E14 « *J'ai l'impression que quand on est atteint de ce virus, les gens ils nous regardent un peu bizarrement, j'en ressens encore... »*, « *J'ai repris le travail depuis quelques jours, eh bien j'ai l'impression que les collègues ils me regardent d'une façon... Comme si j'ai eu une maladie qui se transmet au toucher ou je ne sais quoi. Eh bien je ne me sens pas très à l'aise pour l'instant. On me regarde bizarrement, c'est vraiment fou... J'y crois pas mais les gens ils me regardent d'une manière... »*

Avec les voisins également. E15 « *Ma voisine déjà elle, elle avait très, très peur. Elle arrêtait pas de me dire, « j'ai peur, je veux pas sortir, je veux pas sortir ! » alors vous imaginez si je lui dis que, et ben voilà, moi j'ai le coronavirus... Même me téléphoner y s'osaient pas, ils allaient pas oser me téléphoner »* ; E14 « *Le voisinage aussi, quand ils ont appris qu'on l'avait, voilà, ça a un peu parlé, comme si... »* ; E15 « *Voilà, y'a quelqu'un dans le 11e qui a le coronavirus, il faut faire gaffe ! »*.

Ou encore avec les inconnus, dans l'entretien E16, la personne interrogée parle de son rapport avec les clients depuis qu'elle a contracté la Covid : E16 « *Mais y'a des personnes à*

qui on le dit pas parce qu'on voit tout de suite qu'ils sont affolés et qu'ils ont peur... ». Elle raconte cette histoire qu'elle a vécue avec un client, elle est vendeuse au supermarché :

« Ne te colle pas à la vendeuse tu le sais que c'est interdit » elle lui dit.

Et lui de répondre « Mais elle est mignonne comme tout, qu'est-ce qu'elle va me donner ? »

Et je lui dis « Ben, plus rien ça y est c'est passé »

« Ha !!! Vous l'avez eu »

« Ben, oui je l'ai eu... »

Alors il s'est éloigné, il est parti loin. Sa femme est restée elle lui disait, « mais reviens, reviens ! »

Il a laissé le chariot le gars, il est parti. »

Dans l'entretien E15, la personne résume la chose ainsi ; « *Après vu la façon dont les gens traitent la maladie, on serait vraiment mis en quarantaine, dans le... [quartier]* ». On garde donc souvent pour soi le fait d'être malade de la Covid-19, peut être en partie par peur d'être rejeté de la communauté : E15 « *Je sais pas si c'était l'instinct ou la peur d'être rejeté par la communauté. Je crois que c'est un peu ça* ».

6. ORIGINES DE LA COVID

Les entretiens se sont souvent portés sur les raisons et le sens que l'on a pu donner à l'origine de la Covid. 13 personnes ont donné une réponse intelligible à cette question.

Pour 8 personnes l'origine de la Covid est humaine et volontaire. On dénote dans cette analyse des points de vue différents selon l'intention donnée à ce virus.

Tout d'abord diminuer la population mondiale, sauver l'économie, faire des bénéfices. E2 « *Alors moi sur les origines de ce microbe, c'est un coup d'État. Pour moi, ça loupe pas* », « *C'est pour baisser, moi je vois ça comme ça, c'est pour baisser la vieillesse, c'est pour qu'il y ait moins de personnes âgées. Et pour ne plus payer les retraites et tout ça. Ça revient à des milliers, des milliards par an* » ; E6 « *Il y a l'homme qui a fait ça parce qu'il y avait tout qui était mal, tous les gouvernements, pourquoi ? Pour se renflouer les caisses* » ; E8 « *C'est la guerre, c'était la guerre. Pour moi c'est ça. Faire partir ceux qui servent à rien dans ce monde* » ; E9 « *Oui pour limiter la population, pour exterminer une partie de la population...*

C'est facile en fait. Je pense que ça ne vient pas des animaux, ça, je n'y crois absolument pas », etc.

À noter qu'il existe un certain doute sur le caractère volontaire ou involontaire de la chose, voire une confusion parfois : E10 « *Moi je pense que c'est voulu, (...) Pour moi c'est un virus qui s'est échappé. Ou ça, ou qu'on est trop de monde sur terre. Il faut qu'il y ait des morts... Beaucoup disent ça* ». Quoiqu'il en soit l'origine est humaine.

Autre idée originale, celle d'un confinement orchestré pour sauver la planète. E5 « *Ce qu'on en pensait chez nous... c'était qu'il y avait un problème sur la planète, par rapport au réchauffement de la planète, il y a peut-être besoin que tout le monde reste chez eux... Que les voitures ne roulent plus, que les avions ne volent plus, que les bateaux ne sortent plus... pour laisser respirer la planète. On s'est dit, si c'est ça, même si on doit rester 4 mois enfermés, il n'y a pas de problème* ».

Pour 3 personnes l'intervention est avant tout divine. E6 « *Moi pour moi je dis que c'est un fléau. Pour moi c'est un fléau de Dieu. (...) Je pense que le seigneur a envoyé ce fléau non seulement pour reprendre son Église, parce que personnellement pour moi je suis un petit paresseux mais que je pense que tout le monde doit être au même niveau et on en fait jamais assez pour le Seigneur* » ; E13 « *Voilà tu vois, voilà. Ça vient de Dieu* », « *Ben je sais pas, peut-être on commet des péchés. Dieu y reste pas comme ça qu'il nous envoie des trucs, c'est quand on commence à faire des péchés et tout* » ; E12 « *C'est lui qui fait tout, c'est lui qui nous a mis au monde, c'est lui qui fait tout (...) Y'a beaucoup de péchés dans la vie* ».

3 personnes évoquent une cause naturelle, non humaine, souvent d'ailleurs en affirmant dans la même phrase qu'ils ne croient pas à la théorie du complot. E3 « *Je crois pas trop à la théorie « complotiste » disant que ça a été fabriqué. Je dirais comme ça comme les autres maladies, ça vient de la nature* » ; E7 « *C'est vrai ça s'est déclenché à Wuhan. Mais on n'est pas à l'abri d'une catastrophe naturelle. À mon avis ça vient de la nature* » ; E11 « *Je crois pas que c'est un « mytho », je pense que c'est vraiment un nouveau virus qui est apparu dans le monde entier, peut-être qu'il vient vraiment de Chine* ».

Quels que soient les avis, ils sont souvent pondérés par le doute. E15 « *Je sais pas, franchement* », E12 « *Sais pas, paraît-il* » ; E13 « *Ben je sais pas, peut-être* » ; E10 « *après on dit que* », etc.

Les raisons de la Covid renvoient à un imaginaire, sans que celui-ci ait été particulièrement abordé dans les entretiens, on retrouve quelques allusions à un imaginaire de la catastrophe. Imaginaire cinématographique : E5 « *J'ai l'impression de vivre dans un film* », « *On aurait dit un film de science-fiction, vous savez comme « V » ces épisodes* » ; E9 « *comme on peut voir dans les séries* ». Imaginaire de la fin du monde : E11 « *On croyait que c'était la fin du monde... Des morts de partout* » ; E13 « *Enfin moi j'ai un peu de frissons, c'est comme si tu disais c'est la fin du monde* » ; E12 « *On dirait que la fin du monde n'est pas loin* ». Imaginaire de la guerre également, E8 « *C'est la guerre, c'était la guerre* » ; E2 « *je pense ça, que c'est une guerre chimique* » ; E6 « *Il y a eu une guerre en 14, en 18 mais il y a eu une guerre mais ça a été ici, mais là c'est le monde entier* ».

7. LES CORPS FRAGILES

La peur touche tout le monde mais elle se porte surtout sur les personnes à risque. E5 « *Parce que lui, il est diabétique, hypertension, problème au poumon, enfin voilà c'est une personne à risque donc forcément il a eu très peur* » ; E7 « *Surtout moi je fais presque 100 kg. C'est pas bon pour moi* » ; E10 « *Moi en plus j'ai la tension je prends le cachet le matin, le cachet le soir* » ; E14 « *Moi j'ai pu supporter comme je pouvais mais lui, il est âgé* » ; E2 « *les personnes faibles de santé surtout* ».

Les enfants sont source d'inquiétudes. Il existe une ambiguïté, les enfants, inconscients sont d'une certaine manière protégés de la peur, E9 « *Les enfants, (...) ils se rendent moins compte, ils ont moins de stress que nous peut-être* » mais c'est justement ce qui fait peur à certaines mères E8 par exemple « *Nous les adultes on comprend, on ne se fait même plus la bise mais les enfants... c'est « salut » et tout, avec leurs copains...* ».

Les enfants, sont régulièrement décrits comme fragiles, et donc comme des personnes à risque, E8 « *Mais les petits encore ils sont pas trop immunisés par rapport à nous. Ils n'ont pas de force comme nous on peut l'avoir* » ; E8 « *C'est plus grave pour un enfant parce que voilà après, isolé et tout seul pendant... à l'hôpital, sans voir ses parents, sans voir ses frères et sœurs... Non, alors que nous on peut tenir* ».

Une mère évoque le Kawasaki, E8 « *Mais c'est maintenant que j'ai plus peur, parce que si les enfants, ils vont l'attraper, bon le Corona il va, j'espère partir facilement, mais après ça laisse un syndrome de Kawasaki* ». Au début de la crise les enfants ne sont pas particulièrement à risque, E8 « *Oui, au début on croyait que c'est l'inverse. Que c'est surtout*

pour les personnes âgées », « Mais maintenant on nous explique que pour les enfants c'est pas si facile ». Pour cette mère le corps de ses enfants est devenu fragile.

Il est question de mental également, il faut être fort mentalement pour résister à la peur. E16 « *Je pense que quand on est plus fort mentalement ça nous donne une force de se lever... », « Le fait d'être fragile mentalement ça nous démunit ».*

Cette force mentale on peut l'acquérir. Dans E2 la personne compare la peur de la Covid, avec la peur ressentie lors de son hospitalisation pour une leucémie : « *Cette peur-là m'a fait devenir fort. J'étais un homme faible avant. Je pleurais pour rien, tout ça... », « franchement ce qui m'a rendu solide ».* De manière générale il faut être sain pour être protégé de la Covid : E7 « *Moi-même je l'ai eu j'aurais pas eu de problème parce que j'ai jamais eu de problème de santé, je suis sain tu vois ».*

À l'inverse on peut être fragilisé, E10 « *Parce que moi vous voyez je suis un inquiet déjà avant, alors... ».* Les événements de vie antérieurs peuvent nous rendre plus sensibles à la peur : « *Je ne voulais pas y penser parce que moi j'ai déjà perdu une fille en 2015 par rapport à une maladie rare et du coup je ne voulais pas imaginer le pire ».* Chaque personne entretient donc une relation particulière et personnelle à la peur.

Un « facteur protecteur » de la peur fréquemment rapporté reste la famille, l'entourage et le soutien. E10 « *Heureusement mes enfants ils sont là, ils sont là mes enfants »* ; E12 « *Ah oui, c'est pas la même chose que si j'étais seule. J'imagine les gens qu'ils étaient tout seuls dans la maison... »* ; E3 « *Si on avait pas eu de la famille. Je dis, les pauvres, ceux qu'ils ont pas la famille, eh bien ils se suicident ».* Les personnes qui se sont senties seules pendant cette période l'évoquent de la même façon, E10 « *Là je suis tout seul... »* ; E15 « *J'étais seul à la maison à ce moment-là, c'est dur ».* Bien sûr être entouré rassure, d'autant plus que l'on est confiné, être malade de la Covid, seul dans son appartement est anxiogène.

IV. RÉSULTATS : CARACTÉRISTIQUES DES PEURS EN PÉRIODE DE COVID-19

Nous avons pris le parti de donner à la peur, le sens suivant : « habitude d'un groupe humain de redouter une menace ». Selon cette définition, il est clair que la Covid est une maladie qui a fait peur. On peut dès lors entreprendre de faire une typologie des peurs. Les peurs, telles que nous les avons rapportées dans la partie précédente, dessinent un vécu commun de la crise. Malgré la diversité des réponses et des ressentis en période de confinement, certaines caractéristiques propres à la peur de la Covid peuvent émerger. Elles dessinent les traits d'une pathologie qui a pris beaucoup de place dans nos quotidiens au printemps 2020. Cette typologie peut nous permettre de mieux comprendre les représentations qui se sont attachées à la Covid.

1. STRUCTURE DES PEURS EN PÉRIODE DE COVID

a. CONTINUUM D'ÉTATS AFFECTIFS

Il est certain que la Covid a engendré une très large diversité de ressentis émotionnels. La peur a bien été présente et a pris de nombreuses formes, elle s'est portée sur de nombreux objets. La peur en période de crise, ne peut être étudiée sans considérer les autres états affectifs qui lui sont proches. Peur, anxiété, inquiétude, stress, et les autres termes utilisés dans les entretiens, forment des *continuums* :

D'une part, il existe une diversité interpersonnelle des états affectifs proches de la peur. On peut dire, et c'est bien logique, que certaines personnes ont plus ressenti de l'inquiétude que de la peur, ou plus de peur que d'anxiété etc. La nature des états affectifs ressentis est très variable selon les individus, selon les événements, et selon l'échelle de temps utilisée.

D'autre part, on note une diversité intrapersonnelle : telle personne peut avoir une peur bien particulière, pour la vie de son enfant par exemple, mais simplement ressentir de l'inquiétude vis-à-vis d'un autre objet. De plus les états affectifs chez un individu fluctuent dans le temps. C'est-à-dire qu'une personne est souvent à même de ressentir une large diversité d'états affectifs de l'ordre de la peur, voire de les ressentir tous à des instants différents.

Ainsi, lorsqu'une personne nous fait le récit de ses peurs, il n'est pas possible d'affirmer de manière absolue que telle personne a été anxieuse, telle autre angoissée, ou paniquée. En effet, dans le langage commun les termes se chevauchent, la différence entre le stress ou la peur par exemple n'est pas forcément significative. Les différences entre les termes du champ lexical

de la peur, sont plus propres aux personnes, qu'aux définitions plus strictes que nous avons abordées en première partie. L'expression verbale en tant que telle ne permet pas de donner une échelle d'intensité des peurs. Elle indique plus leurs présences, leurs natures et les nuances dont elles font l'objet. D'autant que la manière dont on raconte ses propres peurs et la manière dont un proche va raconter nos peurs diffèrent, parfois, du tout au tout. Mais dans les récits que nous ont livrés les personnes interrogées, peurs, inquiétudes, anxiétés et paniques ont bien été présentes. Au terme des entretiens il s'avère que la peur et ses états affectifs apparentés ont fortement dominé le champ émotionnel pendant le confinement du printemps 2020. Pour être plus précis, les personnes interrogées nous ont rapporté des épisodes de peurs véritables qui sont venus ponctuer une période d'angoisse persistante.

La définition des peurs que nous avons utilisée pour conduire nos entretiens nous a amené à considérer les différents états affectifs de l'ordre de la peur comme un phénomène cohérent. Tout du moins comme l'expression d'une interprétation commune de la Covid-19. C'est cela que nous appelons *continuum* : des ressentis affectifs d'intensité variés mais qui dénotent d'une même représentation de cette pathologie.

De ce *continuum* d'états affectifs nous nous devons de faire un autre constat. Ressentir de la peur n'exclut pas d'expérimenter conjointement, ou successivement d'autres états émotionnels. L'ennui, dans le confinement a été important, la joie aussi pour certains ; le fait de se retrouver en famille, de passer du temps ensemble, d'être déchargé du poids du travail a pu engendrer d'autres types d'émotions. Nous avons exploré la peur spécifiquement, minimisant par là-même les autres champs émotionnels. Ce qui sans doute a pu surreprésenter la peur dans l'environnement émotionnel du confinement. La peur n'est pas indépendante de la joie, de l'ennui ou d'autres émotions. Dans les classifications émotionnelles proposées par Plutchik (11), les émotions se rapprochent, s'opposent, se conjuguent. On peut avoir peur dans l'ennui, ou encore être d'autant plus heureux que l'on a moins peur. Ainsi, une approche des émotions évitant ce biais, aurait été de s'intéresser à toutes les émotions pour n'extraire au final, que les points concernant spécifiquement la peur. En effet, il existe un *continuum* émotionnel qui touche toutes les émotions.

Nous avons pris le parti dans cette thèse d'étudier les émotions non pathologiques. En soi, savoir quand la peur devient pathologique est une question. Lorsqu'un patient ne se sent en sécurité que dans l'espace limité du cockpit de sa voiture, la question peut être amenée à se poser. Ceci dit, si nous avons constaté dans notre pratique comme au travers des entretiens de

nombreuses inquiétudes, dans la grande majorité elles ont été adaptées à la situation. Les réponses comportementales à la Covid ont pu être drastiques, elles n'en sont pas moins restées, dans les grandes lignes, conformes aux recommandations officielles. Les réactions comportementales, dont nous avons été témoins, ont parfois paru extrêmes mais elles ont toujours conservé une certaine logique : elles révèlent l'intensité des peurs sans pour autant leur conférer un caractère pathologique. Chez aucun des patients, que nous avons interrogés, la peur n'a eu de conséquences sur leur état de santé à court terme, et si un trouble anxieux généralisé pouvait être évoqué chez une personne, cette condition était déjà présente avant la crise de la Covid.

b. TEMPORALITÉ DES PEURS ET FACTEURS DÉCLENCHANTS

À l'écoute des entretiens, on saisit à quel point les émotions et les états affectifs fluctuent dans le temps. On peut définir plusieurs « temps des peurs » suivant l'échelle temporelle que nous considérons. Par « temps des peurs » nous entendons les périodes, moments ou instants qui ont particulièrement participé à l'émergence de la peur chez les patients.

Le premier temps des peurs collectives est un temps politique. Sur une période de temps qui va de mi-mars à fin mai, deux moments de peurs sont plus prégnants. Avant tout, la peur semble débiter avec l'avènement des grandes politiques sanitaires nationales en Europe : dès l'Italie pour certains, pour la majorité avec l'annonce du confinement en France. Les quelques semaines qui suivent le confinement du 16 mars 2021 semblent être celles où l'intensité de la peur est la plus forte. C'est aussi la période des incertitudes, la période de la pénurie de matériel médical... Le mois de mars 2021 sera celui où les mesures sanitaires seront les mieux suivies. Ce mouvement émotionnel intense, témoigne de l'irruption de la Covid dans nos quotidiens. La pathologie n'est plus une abstraction lointaine mais une réalité. Le calendrier politique a largement contribué à rendre ce fait palpable : l'annonce du confinement, la fermeture des écoles la semaine qui précède ont participé à la prise de conscience de l'existence véritable du danger.

Le déconfinement apparaît comme un second temps politique des peurs collectives. Et pour cause, au terme de la « première vague » nous n'avons ni traitement, ni vaccin qui puisse prévenir un second pic épidémique. Si, seules les mesures de distanciations sociales ont permis de juguler l'épidémie, alors il y a fort à parier que lorsqu'elles n'auront plus cours le nombre de cas de coronavirus augmentera à nouveau. L'inquiétude est somme toute logique. De plus,

dans les entretiens, cette peur du déconfinement se porte préférentiellement sur la réouverture des écoles. On rappellera que les écoles à Kalliste sont restées fermées plus longtemps que dans les autres quartiers de Marseille et que l'attention des mères était tout particulièrement portée sur les enfants à cette période. Les grands moments de peur répondent donc au calendrier de la politique sanitaire nationale et à la communication qui en découle. Une particularité des événements déclencheurs de ces peurs collectives, est leur caractère national. Confinement et déconfinement nous touchent tous, en France, de manière synchrone, favorisant encore leur retentissement émotionnel.

Autre temps important des peurs : le temps médiatique. Le pic de peur qui correspond plus ou moins au mois de mars ou début avril correspond également au pic de médiatisation de la crise de la Covid. Les premières peurs, telles qu'elles sont décrites dans certains entretiens passent par la représentation médiatique que l'on a faite de la Covid. Le nombre de morts, les images de morgue, d'hôpitaux débordés, quotidiennement montrés à la télévision, choquent et font peur. La quasi-totalité des personnes interrogées font référence à la télévision lorsqu'il est question de la peur. De manière paradoxale, dans les 16 entretiens réalisés, personne de mars à juin n'a perdu de proches du Covid. On ne vit donc pas la mortalité au travers du deuil mais de ses représentations. Le 16 avril 2021, « la barre symbolique » des 100 000 morts est dépassée, le terme de deuil semble vouloir apparaître dans le vocabulaire médiatique. Mais au printemps 2020, l'épidémie est de faible intensité (relative) à Marseille, et l'expérience de la mort de la Covid ne vient pas de la perte de proches mais de l'imaginaire, principalement télévisuel de celle-ci. Si la représentation télévisuelle de la mort a conditionné l'image que l'on a de la Covid-19, la télévision est aussi devenue un espace où l'on a peur : à proprement parler les gens ont eu peur devant leur télévision.

Ceci étant dit, le temps des peurs le plus intense, demeure les moments où la Covid se rapproche de nous, où elle menace directement nos proches, *a fortiori* quand elle nous menace nous-même. Forte de ses représentations, d'une maladie dont on meurt « comme un chien », le symptôme se transforme en peur, le diagnostic de la Covid en panique parfois. L'annonce de la maladie semble être un moment de peur particulièrement marquant, il est important de le noter. Dans la pratique quotidienne de la médecine, l'intensité des peurs que nous présente un patient semble atténuée comparée à certaines réactions qui ont été décrites dans les entretiens. Sur les 5 entretiens réalisés chez des patients porteurs du SARS-CoV-2, trois ont décrit des formes de panique (par exemple : écrire son testament alors que l'on a des symptômes mineurs ; être pris d'une frénésie de désinfection ; être persuadé, contre toute logique, que l'on va mourir). Ce qui

porte à croire qu'une très forte réaction émotionnelle à l'annonce de la Covid est, si ce n'est fréquent, tout du moins loin d'être exceptionnelle. D'où l'importance, d'un suivi rapproché de ces patients. Au printemps 2020, être malade de la Covid représente bien plus qu'une simple maladie respiratoire. Être atteint de la Covid, c'est être atteint de la maladie qui menace notre société, nos liens sociaux, notre intégrité corporelle.

L'émergence des peurs répond à des facteurs divers : politiques, médiatiques, nationaux et individuels. Quoi qu'il en soit, plus le risque est palpable plus la peur s'intensifie, plus il est distant plus la peur s'atténue. On a vu par exemple la menace, fin février, début mars, se rapprocher petit à petit. L'épidémie de Covid passant de la Chine à l'Italie puis à la France jusqu'au confinement. L'émergence de la peur est synchrone à cette évolution. De manière globale, on peut dire que l'intensité des peurs et le temps des peurs sont liés à la proximité de la source de la peur. Plus cette dernière envahit notre espace intime, plus la peur sera intense. La Covid a ainsi progressivement envahi notre espace médiatique, politique, puis pour certains, malgré les efforts menés pour se prémunir de la contamination, l'espace intime. La peur a semblé culminer à cet instant, celui où l'on s'aperçoit que l'on est contaminé, dans un environnement saturé par l'information, la représentation et la contamination tout entiers orientés autour de la Covid.

c. OBJETS DES PEURS QUOTIDIENNES

La peur s'est fixée sur de nombreux objets mais chaque personne présente ce que nous avons appelé, une ou des peurs « dominantes ». À côté de celles-ci dans tous les entretiens et selon l'objet sur lequel se porte la discussion, un ensemble d'autres peurs peut être décrit. Elles forment une sorte de constellation des peurs. Ce qui nous a intéressé dans l'exploration de l'objet des peurs c'est la mise en évidence de tendances dans cette constellation.

Premier motif, la mort a semblé être l'objet central des considérations autour de la Covid. Pendant la période qui nous concerne, les peurs se portent sur sa propre vie ou sur celle de ses proches. Il est dans la grande majorité des cas question, soit du risque de décès soit de la souffrance potentiellement occasionnée par cette pathologie. La Covid souffre de la représentation d'une maladie dont on meurt quotidiennement, en témoigne la réaction des patients à l'annonce de la positivité d'une RT-PCR : dans les entretiens réalisés chez des patients porteurs de la Covid, il s'avère que pour trois patients sur cinq la Covid a pris

l'apparence d'une maladie grave, sans considération des symptômes ou des facteurs de risques qui l'accompagnent. L'annonce de cette pathologie, tant pour la personne malade que pour les proches est un choc. Sans considération pour le taux de mortalité objectif, certains patients se voient déjà en fin de vie. D'autres personnes répètent aussi que « s'il l'attrape » alors c'est la fin. Ces points attestent du même fait : la Covid est grave en soi. Par ailleurs les personnes avec qui nous nous sommes entretenues, ne présentent que peu de facteurs de risques de Covid grave, la moyenne d'âge est assez faible, et aucun patient ne présente de pathologie active inquiétante. En outre, les deux patients de plus de 80 ans sont parmi ceux qui affirment ne pas trop se poser la question.

Nous constatons dans les entretiens que les références aux conditions dans lesquelles on meurt de la Covid sont plus fréquentes que la peur de la mort en soi ; la mort de la Covid fait peur pour ce qu'elle représente. Un ensemble d'images s'est vu rattaché à cette mort : la souffrance et les soins hospitaliers d'un côté, l'abolition des rites mortuaires de l'autre.

Premièrement contracter la Covid sous-entend une mort douloureuse. Avant tout parce qu'elle est solitaire. On entend ce point récurrent de plusieurs manières dans les entretiens. Certaines personnes l'évoquent en formulant l'inquiétude d'être hospitalisé, de souffrir. D'autres parlent de leur proche hospitalisé et isolé dans un service Covid comme d'une source de peur en raison de la difficulté à communiquer avec lui. De plus, l'hospitalisation d'un enfant fait peur non seulement pour le risque que cela représente pour sa vie, mais également en raison de l'isolement que cela sous-entend ; de la séparation.

Mais ce qui semble avoir le plus fait peur reste l'abolition des rites mortuaires. Littéralement mourir de la Covid c'est mourir « comme des animaux » (E6). Au printemps 2020 il est vrai qu'il n'est plus possible de se recueillir auprès du défunt, les visites sont très limitées et il arrive que l'on ne puisse tout simplement par voir physiquement le décédé jusqu'à la crémation. Ne pas pouvoir se recueillir fait peur, d'autant plus peur que les corps sont anonymisés : on ne peut plus les voir et, si l'on en croit la télévision, les corps s'accumulent à Rungis les uns à côté des autres. Les entretiens mettent en évidence une véritable peur de ne pas pouvoir faire correctement son deuil, de ne pas pouvoir être correctement accompagné dans la mort par ses proches. On a eu peur pendant cette crise de ne plus pouvoir faire collectivement son deuil. Chez les personnes qui ont répondu à ces entretiens, la suppression des rituels mortuaires a pris une dimension particulière. Il est coutume, chez certains de nos patients, de renvoyer le corps du défunt au pays pour l'enterrer sur le sol natal. La fermeture des frontières et les cercueils scellés ne laissaient bien sûr pas de place à ces rituels.

Seconde tendance forte des peurs de la Covid : la peur d'être responsable. Cette angoisse se retrouve dans plusieurs entretiens. Elle concerne autant les parents à l'encontre des enfants que l'inverse, elle est rapportée dans toutes les tranches d'âges de 26 ans à 85 ans. La peur d'être responsable de la contamination d'un proche renvoie directement à l'idée de mort : les gens ont peur d'être la cause directe du décès d'un membre de leur famille et ainsi d'en porter la culpabilité.

Il a en effet été question très rapidement, dans le discours politique sur la gestion sanitaire de crise, de notre responsabilité individuelle dans le contrôle collectif de l'épidémie. Des discours du Président Macron, aux multiples affichages rappelant l'importance des mesures de distanciation, aux discours des experts sur les différentes chaînes télévisées, l'attention est très fréquemment portée sur l'importance des mesures barrières pour contrer la Covid. Respecter ces mesures est un acte de civilité individuelle. De plus, au printemps 2020, ne pas contracter la Covid était la seule manière de se prémunir de ses conséquences. Le discours de responsabilisation est une trame de fond des discours politiques présent dès la première allocution du président Macron : « À tous ceux qui (...) ont bravé ces consignes, je veux dire : non seulement vous ne vous protégez pas vous (...) mais vous ne protégez pas les autres, même si vous ne présentez aucun symptôme » et qui persiste encore de nos jours. De cette manière, chaque personne s'est vue porter le poids de la responsabilité de la contamination de ses proches ainsi que le poids du non-contrôle de l'épidémie à l'échelle nationale. À tel point que dans nos entretiens, il ressort que l'idée d'être responsable de la contamination d'un proche est fortement culpabilisante. Contracter la Covid c'est en partie être fautif : « 50/50 » comme il est dit dans un des entretiens.

Pendant la période de cette étude, la peur a été intimement liée à la représentation de la mort par la Covid, mort douloureuse, dans la souffrance, sans possibilité de faire son deuil. Ainsi qu'à la représentation d'une mort dont nous serions, en partie du moins, responsables en raison de nos comportements. En comparaison, les peurs sociales, économiques, les peurs sur l'éducation des enfants, ou toutes autres thématiques ne sont présentes que de manière plus anecdotique. Il est possible que dans d'autres milieux sociaux les tendances dominantes de peurs aient été différentes.

d. UN VASTE ESPACE DE LA PEUR

La peur de la Covid est intimement liée à des questions d'espaces, de zones. On peut mettre en évidence un ensemble de lieux qui focalisent les peurs, un ensemble de lieux où les gens ont eu peur. Pour la plupart et selon la classification de Rouquette, ce sont des lieux par occasion, les supermarchés, l'école et les transports en commun. D'autres lieux le sont par nature, ce sont les hôpitaux et par extension tous les lieux de santé.

L'hôpital de cette manière se retrouve représenté comme un haut lieu du risque de contamination. L'hôpital est par nature un lieu de peur, on s'y rend pour des soins, dans le cadre d'une pathologie médicale ou chirurgicale. Mais l'hôpital n'est pas, ceci dit, en règle générale un lieu de contamination. En dehors de la crise de la Covid, on n'a pas peur de s'y rendre par peur de contracter une maladie, mais plutôt par peur d'être malade.

Anne-Marie Moulin, historienne des sciences et médecin, dans *Histoire du corps* montre que l'espace de l'hôpital au XX^e siècle a cessé de « représenter des foyers potentiels d'infections » (72). On y entre, on en sort. En témoigne le développement des hospitalisations à domicile ; des hôpitaux de jour ; de la chirurgie ambulatoire... L'hôpital n'est pas un lieu clos, il est ouvert sur l'extérieur, sur notre domicile notamment. Il semble qu'avec la Covid, l'hôpital ait renoué, dans une certaine mesure, avec cette image du lieu de contamination.

Plus largement, les lieux de soins, sont devenus des lieux à risque de contamination. Les conséquences de cette peur des espaces de soin, se sont manifestées au Château en santé de deux manières évidentes. D'une part, une très nette diminution de l'activité au cours des premières semaines du confinement. Malgré la présence d'un.e accueillant.e et d'un médecin tous les jours matin et après-midi, dédiés à la question de la Covid courant mars et avril, le nombre de consultations « Covid » a été très faible : systématiquement moins de 10 patients par jour, souvent moins de 5. Par ailleurs, trois médecins consultaient parallèlement pendant la période de confinement, il est arrivé que ces trois médecins consultent moins de 10 patients en une journée, ce qui en temps normal n'arrive jamais. Seconde manifestation : le nombre de RT-PCR SARS-CoV-2 réalisé quotidiennement dans le cadre du projet Nord-Covid. La moyenne quotidienne du nombre de tests était de 7,29 par jour ouvré. Sachant qu'un seul autre lieu de dépistage, le laboratoire de Kalliste, réalisait des tests PCR pour un ensemble urbain de plusieurs milliers d'habitants, ce chiffre surprend. Il peut s'expliquer, en partie du moins, par l'appréhension du lieu.

Ainsi, si les lieux de santé sont par nature des lieux de peur, leur représentation a tout de même changé. Pendant le confinement ces espaces sont devenus des lieux de risque de

contamination : on évite de s'y rendre par peur de la contamination. On a d'ailleurs beaucoup entendu parler de la file d'attente pour les RT-PCR SARS-CoV-2 à la Timone : il était impossible de savoir si la personne de devant ou de derrière était porteuse de la Covid, l'attente était longue, la peur de la contamination y était importante.

Second espace important des peurs, le supermarché. D'une part, c'est pour beaucoup de gens le seul lieu où l'on se rend pendant toute cette période. C'est donc l'extérieur qui fait peur et l'extérieur n'est plus représenté que par les supermarchés. Pour les gens strictement confinés, le supermarché est le lieu où la réalité du confinement prend forme : dans les files d'attente, dans les bandes sonores diffusées, dans les mesures de distanciation sociale. Mais c'est également le lieu où la question de la transmission par contact s'est souvent posée. En effet, lorsque l'on empoigne un paquet de pâte, il est impossible de savoir dans quelles mains il a pu passer auparavant. Pour remédier à ce problème, certaines personnes sélectionnent spécifiquement les produits qui ne sont pas en devanture, d'autres viennent plus tôt dans la journée... On s'y rend d'ailleurs le moins possible, certaines personnes rationalisent leurs déplacements et limitent au maximum leur passage dans cet espace.

Pour finir, l'école focalise également les peurs. Peurs pour les enfants, irresponsables et fragiles au-devant de la Covid. Mais peur pour soi aussi devant le risque que les enfants représentent désormais pour la contamination du foyer. Nous n'avons pas de chiffres spécifiques, mais à la réouverture des écoles dans les quartiers qui nous concernent, très peu d'enfants y sont retournés dès les premiers jours. On a pu entendre parler de classe avec un seul élève par exemple.

À grand renfort de mesures de protection, les seuls lieux exempts de peur, sont les lieux de confinement. Certains appartements font l'objet de véritables sas de décontamination, l'espace intérieur est désinfecté, les produits venants de l'extérieur sont désinfectés etc. C'est à ce prix que l'espace intérieur est un espace protecteur. Le confinement est difficile, la chose est souvent abordée, mais il permet d'éviter l'espace des peurs, l'espace extérieur. Dans l'ensemble des entretiens, le confinement est scrupuleusement respecté, il n'est pas fait allusion à une quelconque restriction de liberté de la part des autorités. Une personne dit se sentir prisonnière mais pour tout de suite affirmer qu'il le faut bien. Les espaces extérieurs étant devenus des lieux de menace on les évite autant que faire se peut. Et si l'on est confiné par décret, la peur est un des éléments qui fait que l'on se conforme à cette règle : l'espace de confinement est un espace

protecteur. Il s'entend que c'est un espace où il se joue d'autres problématiques, familiales, conjugales etc. mais dans nos propos on s'en tient au risque relatif à la Covid.

Il se dessine alors une cartographie de l'espace des peurs. L'Institut Pasteur a publié le 8 décembre 2020 une étude sur les lieux probables de contamination à la Covid-19 (73), l'étude se déroule pendant le couvre-feu puis pendant le confinement partiel d'octobre. Il est intéressant d'en parler de manière comparative. En effet, quand la personne source de la contamination est connue (44 % des cas), il semblerait que dans 35,1 % la contamination provienne d'une personne vivant dans le même foyer, mère, père ou enfants confondus. Pour les contaminations hors foyer soit 64,9 % des infections, quand la personne source est connue, il s'agit avant tout de contamination dans le cercle familial (32,9 %), puis dans le milieu professionnel (27,1 %), et enfin dans le milieu amical (22,1 %). Dans le cas des patients qui ne connaissent pas la personne source, on suspecte les foyers de contamination suivants : contexte professionnel (32,5 %), familial (20,5 %), amical (17,7 %), sportif (6,5 %), culturel (2,2 %), religieux (0,8 %), ou autres (19,9 %).

Autrement dit, le foyer de contamination principal c'est le foyer familial. L'espace même qui a occasionné le moins de peurs de la contamination. La contamination hospitalière semble concerner les soignants et non les patients. La contamination dans les grandes surfaces peut faire partie des 19,9 % dits « autres sources », mais cela rend ce mode de contamination plus anecdotique. Bien sûr on pourrait arguer que sur le temps de l'étude beaucoup de lieux collectifs publics sont fermés d'où la surreprésentation de la contamination dans l'espace familial. Mais notre point est plutôt de dire qu'il y a une discordance entre l'espace des peurs et l'espace de contamination réelle. Discordance qui peut à nouveau être expliquée par les récits qui entourent la contamination de la Covid. D'une part, l'hôpital très tôt dans la crise a été au centre des considérations, tant pour les capacités d'accueil que pour la contamination des soignants : on se rappellera que le 22 mars le décès d'un médecin hospitalier fait la une des journaux, affirmant par là même que l'hôpital est un lieu à haut risque. D'autre part, les modalités de contamination de la Covid, contact et aérien, ont favorisé l'idée que cette pathologie était omniprésente, tant dans l'air que sur les surfaces. Partant de là, presque aucun espace ne pouvait être exempt de la menace qu'a représentée la Covid.

Réalité des espaces de contamination et espaces des peurs ne sont pas totalement superposables. Ceci sous-entend que l'épidémiologie virale et la peur ne placent pas le SARS-CoV-2 dans les mêmes espaces. Dans l'imaginaire collectif, le SARS-CoV-2 est présent comme danger dans des espaces où de manière plus objective il ne semble pas être présent. Et à

l'inverse, le risque de contracter la Covid est élevé dans les espaces que nous ne considérons pas toujours comme dangereux. La peur dessine une cartographie de l'épidémiologie de la Covid qui n'est pas superposable à l'épidémiologie telle qu'elle est décrite par l'Institut Pasteur. L'imaginaire du risque de la Covid diffère du risque objectif médical.

2. PEURS ET RAPPORT AU CORPS : DU CORPS MENACÉ AU CORPS MENAÇANT

La construction collective des peurs est un processus discursif ; elles se construisent autour du récit qu'on fait d'un événement ainsi que de l'expérience personnelle de cet événement. Mais la peur s'exprime avant tout au travers de son expression corporelle. De manière plus générale, chaque émotion, a une expression corporelle qui lui est propre. La peur en période de confinement s'est exprimée dans le rapport que nous entretenons avec notre propre corps et le corps des autres. Il est devenu avec la Covid, pour des raisons individuelles et collectives, indispensable de se protéger et de protéger les autres. Ou encore de protéger les autres en se protégeant soi-même. Et dans l'intention de briser les chaînes de contamination, tout un chacun s'est vu donner une part de responsabilité dans la limitation de la propagation de la Covid. Le maillon individuel de la chaîne devenant essentiel à la survie du collectif. Les mesures barrières ont été érigées comme les seuls ou principaux outils de la gestion collective de la crise.

Le rapport au corps issu des peurs de la Covid semble pouvoir s'organiser autour de deux notions principales : le corps menacé ; le corps menaçant. Dans toutes formes de peur, il semble que le corps soit d'une manière ou d'une autre menacé. Autrement dit, il existe toujours une menace qui met en danger, de manière directe ou indirecte, l'intégrité corporelle. Peur, menace et corps sont intimement liés, ce, en toutes circonstances. Selon Delumeau, « il n'existe pas de peurs qui ne soient liées à la mort », sûrement parce qu'il n'existe pas de peurs qui ne soient liées au corps.

a. LE CORPS MENACÉ

Quand notre corps est menacé, nous mettons en place un ensemble de comportements et de protocoles qui visent à nous protéger. Dans le cas du SARS-CoV-2, il est question de se prémunir de la contamination : on porte masques, gants, on se lave, on se désinfecte, on nettoie, on aère... En regagnant l'espace de confinement on agit bien souvent comme si notre corps était contaminé : on change de tenue, on lave ses vêtements, on prend une douche... Le doute et les questions autour du mode de contamination ont accentué cette idée du corps contaminé. La contamination mixte respiratoire et contact, font que le corps peut être contaminé dans de nombreuses situations de telle sorte que l'on peut très bien être contaminé sans s'en rendre compte, voire, sans en avoir conscience. Chez bien des personnes, ces mesures de protection individuelles ont largement dépassé les recommandations officielles : changer de tenue, désinfecter l'air, passer certains produits alimentaires au micro-ondes, sont autant de comportements qui excèdent largement les mesures sanitaires. Ils attestent du fait que nous sommes directement menacés par la Covid : « Ça nous touche pleinement dans notre corps » (E5). Il existe sans doute un lien direct entre mesures barrières et peurs. Non pas que les mesures barrières aient été introduites uniquement en raison de la peur, mais le degré d'adhésion des gens à ces mesures est sûrement explicable par la peur occasionnée par la Covid. L'exigence avec laquelle les personnes interrogées ont appliqué les mesures barrières est en soi révélatrice de leur perception de la menace que faisait peser sur eux la Covid. L'annexe IV compile certaines des pratiques de protection mises en place par les personnes interrogées.

Les corps les plus menacés, sont ceux des personnes « fragiles ». L'idée est fréquente dans les entretiens et la notion de personne à risque est omniprésente dans les dialogues sur la Covid. Tout le monde est menacé par la Covid, mais certains plus que d'autres. Mais nous constatons que la personne à risque n'est pas toujours la personne avec des facteurs de risques tels que nous les considérons en tant que médecin. Fragilité telle que définie par la science médicale et fragilité telle qu'elle est perçue quotidiennement ne sont pas exactement les mêmes notions. On pourrait ainsi se demander ce qui fait qu'une personne est considérée comme fragile aux yeux des patients. Nous n'avons ici que des pistes. Bien sûr les personnes « fragiles » sont avant tout les personnes avec des facteurs de risques mais dans les entretiens ce sont aussi d'une part les enfants, d'autre part les personnes « fragiles mentalement » (E16). Les enfants ne sont pas des personnes à risque relativement à la Covid, mais pour les mères de famille il en va autrement. Deux raisons sont mises en avant : premièrement, en tant qu'adulte on peut supporter l'isolement, pour un enfant, il n'en est pas de même ; deuxièmement, en tant

qu'adulte on peut se protéger de la Covid alors que les enfants eux ne respectent pas les règles. De plus, la mort d'un de ses enfants fait bien plus peur que celle d'un adulte. *De facto* les enfants sont donc des personnes à risques. Pour ce qui est du mental il semble qu'avoir une faible « force psychique » soit un facteur de risque : il faut se sentir fort devant la Covid et pour ce faire il faut d'une part avoir une forte expérience de la peur et de la maladie et d'autre part avoir l'énergie suffisante pour se prémunir de la Covid. La notion de fragilité est sans nul doute plus subjective que celle de facteur de risque.

b. LE CORPS MENAÇANT

Il s'avère que les peurs ont également beaucoup été focalisées sur la peur de transmettre : à un proche, à ses enfants, ou encore à ses parents. Cette idée est très présente dans les entretiens, tout comme dans la vie quotidienne. Le Noël 2020 en aura été la plus flagrante démonstration, certaines familles évitent de se réunir, d'autres se prémunissent par la réalisation d'un dépistage²⁴. En effet, en tant que potentiel vecteur de la Covid nous représentons un risque pour nos proches. Cela se manifeste de nombreuses manières au printemps 2020, tant dans l'espace intime du confinement que dans l'espace social extérieur. Avec ses proches on prend des distances ; il arrive qu'on prenne des distances avec son compagnon, sa compagne, voire parfois avec ses enfants²⁵. Ainsi, si notre corps est menacé par la Covid, il devient par là même menaçant pour les autres. Tout un chacun risque d'être contaminé et risque ainsi de contaminer à son tour.

Ce point est particulièrement explicite dans la manière que l'on a eue de regarder le corps de l'autre : avec suspicion. Dans les files d'attente, dans les transports en commun ou en tous lieux publics, l'*autre* prend la forme de celui qui peut nous contaminer. Il est potentiellement contaminé (il est d'ailleurs souvent impossible de le savoir) et de cette manière l'*autre* devient une menace pour nous. « On ne peut plus se fier à personne » peut-on lire dans un entretien. On nuancera ce point en disant que l'*autre* n'est pas forcément une menace en soi, mais que son comportement peut rapidement l'être. On le voit dans les entretiens, ne pas porter le masque, se regrouper, être proche dans des transports, discuter de manière trop intime, sont

²⁴ En France, on dénombre 500 000 RT-PCR SARS-CoV-2 à la date du 23 décembre 2020 soit quasiment 200 000 de plus que le 8 février, date où les tests ont été particulièrement nombreux également.

²⁵ Dans l'entretien 4 par exemple, le fils vient aider ses parents pendant le confinement. Il s'interdira de voir ses propres enfants se considérant comme un risque pour eux.

des comportements, des manières d'être, qui à cette période peuvent procurer de la peur. C'est bien le corps de l'autre et son expression qui est une menace.

Les personnes chez qui ce regard de l'autre a été le plus parlant sont les patients porteurs de la Covid. D'une part, une tendance est mise en évidence chez ces patients à ne pas dire qu'ils sont malades, ce, par peur de faire peur. Et les réactions des proches apprenant que leur père, mère, frère, sœur ou amis sont porteurs de la Covid sont parlantes : larmes, attentions multiples, prise de distance... On a peur de faire peur, car notre corps est menacé. Et pas par n'importe quelle maladie, mais par la Covid, cette pathologie émergente, dont on meurt « comme un animal ».

Mais être atteint de la Covid, c'est également devenir menaçant ; c'est devenir le vecteur direct de la Covid. En témoigne la réaction de l'entourage des patients porteurs du SARS-CoV-2 : avoir la Covid c'est faire peur, faire peur aux collègues, peur aux voisins... Lorsque l'on contracte la Covid-19 on devient une menace. Ainsi, la peur de faire peur, correspond en partie à la peur d'inquiéter nos proches sur notre état de santé, mais également à la peur de devenir l'objet même de la menace. Le risque d'être reconnu en tant que menace, c'est risquer l'abandon voire l'exclusion sociale. Comme l'évoque la personne dans l'entretien 15, cacher le fait d'être positif au SARS-CoV-2 était plus instinctif que réfléchi. Et l'on pourrait être tenté d'évoquer un instinct de survie.

Cette menace, d'ailleurs, a des limites temporelles floues. Même si l'on est guéri, on continue à faire peur, à certaines personnes, dans certains cas. Dans l'entretien 17, la personne demande à un moment donné s'il va rester positif toute sa vie. La Covid, prend de cette manière, un caractère identitaire. À savoir lorsqu'on a eu la Covid, on ne sait pas trop si cela veut dire que l'on est encore une menace, qu'on ne l'est plus ou si on peut l'être à nouveau. Et donc, bien que l'on soit guéri de la Covid, on peut continuer à faire peur, comme si la Covid devenait une marque de distinction de notre identité corporelle.

L'expression corporelle de la peur en temps de pandémie présente donc une particularité intéressante en cela qu'elle donne au corps un caractère menaçant. Le corps étant le vecteur de la transmission de la Covid, il devient l'objet des peurs. On peut dès lors faire un parallèle entre l'espace des peurs et la représentation de ce corps menaçant. L'espace des peurs c'est celui où l'on considère qu'il y a une menace. Cette menace est incarnée par le corps de l'autre. L'espace de la peur de la Covid est donc celui de l'espace public où l'on se confronte aux corps des autres : hôpitaux, lieux de santé, centres commerciaux...

De l'ensemble de ces points on comprend que le corps est à la fois le lieu de l'expression des peurs ainsi que l'objet des peurs. Le fait d'exprimer nos peurs par nos comportements, rend notre peur visible, et cela participe à la transmettre. Les mesures barrières permettent de nous protéger du corps des autres autant qu'elles sont l'expression de nos propres peurs. Porter le masque, éviter les contacts physiques, la distanciation sociale, sont autant de mesures qui tout en nous protégeant, nous rappellent que l'homme en période de pandémie est une menace pour l'homme.

Il est important de rappeler ici, qu'en aucun cas, la peur est le seul facteur qui explique nos comportements pendant le Grand Confinement. Si nous restons confinés, si nous portons le masque en mai/juin, ou si nous utilisons du gel hydroalcoolique c'est également qu'on nous le conseille, voire que ceux-ci sont devenus obligatoires. Ce que nous proposons ici n'est pas une explicitation de tous les facteurs qui ont joué sur nos comportements pendant le confinement. En décrivant les caractéristiques de la peur, nous tendons à montrer que celle-ci a été un de ces facteurs.

3. ORIGINES DE LA COVID ET RUMEURS

Le lien entre la peur et les croyances sur l'origine de la Covid, ou sur l'imaginaire de la Covid est plus indirect. À regarder *a posteriori*, du récit que Delumeau nous fait des peurs, il semble clair qu'il existe un lien entre émotion/peur et rumeur. Une patiente dans les entretiens évoque la chose de la manière suivante. Dans l'entretien E11, la personne interrogée est originaire d'un pays de l'Est, elle parle du moment où les médias ont évoqué le fait que les populations de l'Europe de l'Est et du Moyen-Orient, qui présentent un plus haut taux de vaccination contre la tuberculose, pourraient être, par un phénomène d'immunité croisée, mieux protégées contre la Covid. Elle dit la chose suivante :

« Peut-être c'est pas vrai mais vous savez quand on entend des choses comme ça on croit facilement que c'est vrai parce qu'on aimerait bien penser que c'est vraiment comme ça. On se rassure avec des choses comme ça. Ils parlaient que c'est à cause des vaccinations du BCG. En Géorgie, il n'y avait pas beaucoup de cas, c'était une dizaine de décès. »

Cette personne laisse donc entendre que les rumeurs rassurent, et qu'ainsi elles sont liées à la peur puisqu'elles les conjurent. De plus, l'émotion a un effet cognitif, elle focalise

l'attention ainsi qu'elle favorise la mémorisation de certains faits plutôt que d'autres, elle participe à la construction du sens que l'on va donner à un phénomène. Pour cette raison, nous avons rapporté les avis des personnes interrogées sur l'origine de la Covid. Dans cette thèse, il aurait été intéressant de questionner les rumeurs de santé, qui au printemps 2020 se sont principalement focalisées sur les traitements. Mais, dans les faits, nous n'avions pas, à cette période, assez de recul sur cette question. Ceci dit, il est probable que la peur ait joué un rôle dans l'engouement pour tel ou tel médicament.

Sur l'origine de la Covid, les avis au sein des entretiens diffèrent. Une majorité de personnes évoque une origine humaine volontaire : la crise serait orchestrée par les États, plus encore, par un complot de tous les grands États du monde, parfois, le terme de crime de guerre est utilisé. Seconde origine fréquemment retrouvée, une origine humaine involontaire : Le SARS-CoV-2 est issu de l'ingénierie humaine mais c'est suite à une erreur de manipulation au sein du laboratoire P4 de Wuhan que l'épidémie s'est déclenchée. L'origine divine du virus est également évoquée : la Covid prend alors l'apparence du fléau. Ceci dit, l'origine divine n'exclut pas les autres causes et on peut tout à fait voir dans l'épidémie une erreur humaine ou un complot humain guidé par la main de Dieu. Pour finir, l'origine naturelle : pas moins fréquente, elle reprend le vocabulaire scientifique de l'émergence des pathologies virales. Dans ces 16 entretiens, les raisons de la Covid sont très diverses. Et il est important de noter que pour la plupart des gens, leur avis sur cette question est presque toujours pondéré par des doutes.

Au cours des épidémies on cherche des coupables. Pendant la Grande Peste ce sont les Juifs, les étrangers, les semeurs de peste... Pendant le choléra de Paris au XIX^e siècle, les boucs émissaires sont notamment les bourgeois accusés d'« un complot qui serait orchestré par le gouvernement et le roi » (74) ; pendant la grippe de 1917, on désigne les étrangers, les Allemands, les Espagnols, la grippe est parfois dite « chinoise » ; sans parler du VIH où homosexuels et réseaux échangistes étaient montrés du doigt (72). Il semble en aller de même avec la Covid. Peurs et rumeurs en période de pandémie sont intimement liées et cela se confirme dans l'intervalle de temps de notre étude.

4. « CLINIQUE DES PEURS »

On peut dès lors entreprendre de faire une description des grandes tendances et caractéristiques qu'a prise la peur pendant le « Grand Confinement ». Nous avons appelé cette typologie des peurs, « clinique de la peur ». Ces points reposent sur l'observation directe de patients et de leurs comportements dans le cadre de la médecine générale. « Clinique », en ce sens également, qu'elle cherche à donner des pistes de compréhension pour le médecin généraliste, dans l'analyse des ressentis émotionnels de ses patients.

La peur est un phénomène fluctuant, presque vivant. Elle émerge, se calme, réapparaît. Elle peut être présente un jour, absente le second. Elle peut n'être présente qu'un instant, ou se présenter comme un état de peur qui persiste dans le temps et s'atténue progressivement par habitude à la menace. Un nouvel événement pourra à nouveau procurer un pic émotionnel. Décrire la peur peut se faire de manière précise mais parler des peurs au cours d'une période ne peut se faire sans envisager tout le champ sémantique qui lui est associé : anxiétés, craintes, angoisses... La cinétique des peurs est insaisissable, elles fluctuent selon les principaux événements individuels et collectifs de la période, cette cinétique est en soi tout à fait imprévisible. Elle est très dépendante des individualités, des événements politiques, médiatiques ou encore des communications scientifiques.

La peur a répondu à l'envahissement progressif de nos espaces intimes : envahissement de l'espace médiatique tout d'abord, puis politique, et enfin de notre espace quotidien, de notre foyer. Parallèlement à ce rapprochement de la menace, se fait l'émergence des peurs, et celles-ci sont d'autant plus marquées quand elles nous touchent directement. L'envahissement de l'espace de confinement, par la contamination d'un proche ou *a fortiori* de soi-même est l'événement le plus redouté, en cela, c'est celui qui fait le plus peur. Une grande partie de l'énergie de nos patients s'est focalisée sur la tentative de tenir le Covid en dehors du foyer. Lorsque le SARS-CoV-2 passe le palier de la porte, il déclenche souvent une peur intense, voire parfois des moments de panique.

Cette peur dont nous parlons est construite autour d'une représentation de la mort par la Covid très anxiogène et une surévaluation de la gravité de cette maladie. Peur de la souffrance, peur de l'isolement, peur de la mort, peur de la difficulté de faire son deuil, peur pour ses enfants font référence au printemps 2020 à la mort : peur de mourir, de mal mourir, de voir mourir ou encore d'être responsable de cette mort. Surévaluation du risque également, puisque l'on a été

témoin de réactions de peur intenses à l'annonce de la Covid malgré des symptômes très modérés et l'absence de facteurs de risque des patients en question. La peur de la mort est la peur essentielle par excellence. La Covid s'est portée directement sur celle-ci. Tout porte à croire que ce qui était une éventualité plutôt lointaine pour certaines personnes, mourir, est finalement devenu pendant cette période un risque majeur. Bien sûr la pathologie de manière générale renvoie à l'idée de mort. Avant la crise on peut difficilement dire que la mort jouissait d'une bonne presse. L'idée d'une mort déshumanisée est présente depuis les années soixante-dix et se manifeste tout particulièrement dans les débats autour de l'euthanasie. De même, qu'une mère ait peur pour la vie de son enfant n'est en aucun spécifique de la Covid. Avec la Covid, la représentation de la mort est particulière. Elle renvoie à une mort déshumanisée et anonymisée, solitaire. En partie réelle (cercueils scellés, limitation du nombre de personnes durant les cérémonies mortuaires...), cette représentation de la mort a également été médiée par les discours médiatiques, politiques ou encore scientifiques.

Les peurs de la Covid sont spatialisées. Les peurs telles qu'elles ont été décrites, répondent à des espaces de peurs : lieux de peurs par nature ou par occasion. Selon les patients, ces espaces peuvent être plus ou moins étendus. De manière générale, les espaces colonisés par la peur ont été si vastes pendant cette période qu'il est plus simple de les aborder à l'inverse, par le prisme des lieux exempts de peurs. Dans le cas général, celui-ci correspond à l'espace de confinement, pour certaines personnes ceci dit, il peut se réduire encore : la chambre, la voiture... Cette spatialisation des peurs est intéressante en cela qu'elle peut permettre d'objectiver raisonnablement l'envahissement psychique d'une personne par la Covid.

Les peurs rendent compte des liens entre la Covid, la perception de notre corps et celui des autres. L'expression corporelle de nos peurs a une double implication. D'une part, elle est l'expression comportementale de nos peurs : menacé, nous nous protégeons par un ensemble de comportements dont l'objectif ultime est d'éviter la contamination. D'autre part, l'ensemble de ces comportements rendent nos peurs visibles : mouvement de recul dans la rue, regards suspicieux... Double implication puisque nos comportements sont à la fois l'expression de nos peurs et à la fois la manière dont nous les rendons visibles. Cette expression corporelle, dans l'espace public, est manifeste et visible par tous, elle signifie que l'espace dans lequel nous évoluons, est menaçant. Et comme, ce contre quoi on se protège, c'est la proximité corporelle des autres, il devient clair que l'objet de la menace, c'est le corps des autres. Le rapport qu'entretiennent espace et corps est celui d'un corps qui devient menaçant. C'est ce rapport au corps, médié par la peur, qui est devenu omniprésent au printemps 2020. C'est de cela que nous

avons été témoins au quotidien, en allant au travail, en allant faire les courses, avec nos proches, et même dans une certaine mesure au sein de l'espace de confinement.

V. DISCUSSION

La peur, d'une manière inédite, a pris une place centrale dans nos quotidiens au printemps 2020. On a pu voir les médias parler de « réémergence » de peurs ancestrales, comme si la modernité les avait chassées pour qu'à l'ère postmoderne de l'anthropocène elles reviennent plus fortes encore. Comme si l'on pouvait déceimment penser vaincre la peur un jour...

1. RÉAGIR À LA MENACE

Nous nous sommes intéressés dans cette thèse, à la peur comme manière d'appréhender et de réagir à la menace. Se référer à cette définition nous a amenés à considérer l'ensemble des états affectifs qui ont trait à la peur. En effet peur, effroi, panique, anxiété, angoisse etc. répondent à des définitions différentes. Cependant dans l'expression quotidienne, devant la difficulté à nommer nos sentiments, devant leurs perpétuelles reconfigurations, ces états affectifs forment un *continuum*. L'intérêt de cette définition des peurs tient en cela qu'elle permet de considérer l'ensemble des états affectifs de l'ordre de la peur comme un phénomène commun concourant au même but. L'anxiété, comme la peur, et la panique sont des modalités de réponse à la menace.

Il ressort de cette thèse qu'un bon nombre de réactions de nos patients au printemps 2020 ont été dictées par la peur. Ce « climat » de peur est indissociable des récits qui ont entouré la Covid-19, discours politiques, médiatiques, scientifiques, historiques, cinématographiques ont participé à construire l'imaginaire de la menace virale. La peur au printemps 2020 a été telle qu'on a pu voir ses traces, partout : dans l'application des mesures de protection sanitaires, dans le respect du confinement, dans les comportements de décontamination, de distanciations... Ce climat a ainsi participé à la modification de notre rapport aux espaces et par là même au corps de l'autre. Car, ce que la peur nous enseigne de primordial, c'est que la vision du corps de nos patients, pendant le temps du confinement au printemps 2020, s'est modifiée : d'un *corps à risque* à un *corps menaçant*.

La Covid a menacé nos existences et il n'y avait aucun moyen de ne pas prendre conscience de ce fait tant cette pathologie a envahi l'espace médiatique, politique et intime, ce sur la quasi-totalité du globe. Ce qui change selon les individus, c'est la manière dont la Covid

nous a menacés. Nous ne sommes pas tous menacés de la même façon par cette pathologie. La Covid menace notre vie, celle de nos proches ; elle menace aussi la communauté nous empêchant de faire deuil collectivement par exemple. Elle menace notre place dans la communauté quand elle nous met à risque d'être exclu de celle-ci. Elle menace la société, le pacte social... L'imaginaire de la menace, s'il est socialement construit par le discours politique, médiatique et scientifique, varie selon les individus. Dans nos entretiens, toutes les personnes se sont protégées de la Covid de manière exemplaire, mais tous ne l'ont pas fait exactement pour la même raison. C'est en ce sens qu'aborder la peur peut nous permettre d'appréhender dans quelle mesure et sur quel point la Covid entre, ou est entrée en conflit avec l'existence de nos patients.

L'idée que le corps est une menace n'est pas une évidence en médecine. La médecine contemporaine, prophylactique et normative voit plutôt le corps comme à risque. L'apologie de cette vision du corps à risque, tient dans les maladies chroniques et leurs facteurs de risques : risque de diabète, d'infarctus du myocarde, de cancer... Ce risque étant statistique, il est l'objet de mesure de prophylaxie. La notion de risque répond à une probabilité, probabilité statistique de contracter un cancer pulmonaire chez des patients à dix paquets-années par exemple. Par ailleurs, la notion de menace n'est pas une question de statistique, c'est une éventualité que l'on redoute, planante et imperceptible (77).

Le fait que le corps puisse devenir en période pandémique une menace pour soi et pour les autres n'est en rien une nouveauté. La contagion fait du corps une menace. Dans les descriptions que Delumeau fait du corps en période de peste au Moyen Âge et à la Renaissance, on peut voir les signes de ce corps vécu comme une menace : corps abandonnés dans la rue, familles qui ne s'occupent plus de leurs défunts. Il en va de même du corps des patients porteurs du VIH. Cette maladie aurait aussi bien pu illustrer nos propos, et les années quatre-vingt sont pleines d'histoires de peur du corps des patients VIH. La Covid et l'histoire nous poussent à rester conscient, en tant que médecin, du fait que, régulièrement, certaines pathologies font que nous devenons une menace les uns pour les autres. Cela donne une perspective intéressante de la Covid : l'existence d'une pathologie, dans un contexte social propice, peut - à elle seule - modifier la représentation, construite sur plusieurs décennies, que l'on a de notre corps et de celui des autres.

Bruno Latour, philosophe français, dans son dernier ouvrage *Où suis-je ?* (78), utilise le terme de « métamorphose » pour parler de ce phénomène. Pour Latour, la Covid n'a pas changé le monde dans lequel nous vivons, elle nous a révélé que nous vivons dans « un autre monde ». Car, cette pathologie, si elle a changé la perception que nous avons de notre corps, l'a fait dans

un contexte et un environnement de nouveau régime climatique qui, en fait, a créé les conditions propices à cette « métamorphose ». Il se pose alors la question de savoir à quel point cette transformation est passagère, et quelles peuvent être ses conséquences sur le concept de soin au long cours ? Ces questions dépassent de loin la portée de cette thèse. Du moins, ce que nous tendons à montrer dans ce travail, c'est bien que l'un des ressorts de cette « métamorphose », est l'émotion.

On peut présumer d'un des rôles des émotions au sein de la pathologie : les émotions tendent à donner une « forme humaine » aux pathologies. Les émotions, processus complexe, sont des phénomènes innés qui s'enrichissent de notre mémoire collective, de nos représentations, qui se construisent au travers du langage, du partage social. Les émotions en d'autres termes sont une forme de logique humaine, une de leurs vocations est de participer à donner un sens aux événements que nous vivons. Par l'intermédiaire de la peur, la Covid n'est plus une maladie « neutre », elle se charge de nombreuses représentations, d'un vaste imaginaire qui lui donne son caractère « social ». Il s'est construit un récit de la Covid, de la manière dont les groupes humains y ont réagi. La forme que la Covid aura prise est celle d'une maladie qui fait peur.

À l'inverse, on pourrait se poser la question suivante : en l'absence de toute « émotionnalité », quelle forme aurait pris la crise de la Covid ? Ou en changeant de prisme médiatique : si nous étions plein de confiance et d'espoir, envers l'État français et le système hospitalier, quelle forme aurait pris la crise de la Covid-19 ? En l'absence d'inquiétude, la vie aurait probablement continué naturellement, sans changement. Et pour reprendre la citation de David Barlow, “this would be as deadly for the species as nuclear war²⁶”(19). Il est non seulement humain d'associer des émotions à des événements, c'est également dans une certaine mesure les émotions qui nous rendent les phénomènes intelligibles. La clinique médicale donne une image « froide » et objective de la pathologie ; les émotions, elles, vont lui donner une couleur, une représentation sociale. L'analyse des peurs nous a permis de décrire la manière dont la Covid a été perçue par nos patients et par là même les problématiques qu'elle a pu nous poser en tant que médecin généraliste.

²⁶ Trad. Ceci serait aussi mortel pour notre espèce qu'une guerre nucléaire.

2. PLACE DE LA PEUR EN MÉDECINE

a. HISTOIRE SOCIALE DE LA MÉDECINE

Considérer les réactions émotionnelles liées à une pathologie permet d'écrire une histoire des maladies singulière. En écrivant une histoire des émotions, Delumeau, Vigarello, Corbin et d'autres écrivent une histoire qui s'affranchit des grandes dates, des grands noms. L'histoire des émotions qu'ils nous donnent à lire est une histoire sociale, en cela qu'elle se fonde sur les réactions, les interprétations, les imaginaires pour retranscrire une époque. De la même manière, décrire les pathologies par l'intermédiaire des émotions qu'elles procurent, donne à lire la façon dont une société à un moment donné a réagi à une maladie.

Dans cette thèse, nous avons recueilli les témoignages, les expériences de nos patients. Nous avons entrepris de transcrire cette période au travers de la peur ressentie. Cette approche permet de donner une idée du vécu quotidien de cette pandémie, de la manière dont elle a été perçue. Un des intérêts de ce travail est d'avoir retranscrit cette période, non pas du point de vue du soin, de la modification des pratiques médicales, des questions matérielles ou scientifiques mais du point de vue des patients. De plus, cette approche donne à voir les problématiques qui peuvent se poser au médecin généraliste dans des contextes similaires. Ainsi cette démarche se positionne dans une histoire, puisqu'elle nous décrit une époque, sociale puisqu'elle nous décrit la manière dont un groupe humain a réagi à une pathologie. Et enfin médicale, puisqu'il s'agit de nos patients et de leur réaction face à une maladie.

Ici, le parallèle entre la peste et la Covid prend son sens. Elles sont toutes deux l'objet d'une intense peur collective. Elles racontent toutes deux, la réaction d'une société à une pathologie qui la met en danger. Les époques, les imaginaires sont différents et, malgré le fait que ces maladies ne soient pas comparables en terme microbiologique, l'analyse des peurs montre bien que pandémies et émotions ont une histoire commune. Le parallèle historique que nous avons fait avec la peste, nous révèle le caractère à la fois reproductible et original des émotions en période de pandémie. Certaines réactions semblent communes à travers les âges : fuir, se retrancher... On a en quelques sortes été témoins de comportements que l'on pensait « ancestraux ». Mais ces peurs ont également trait à la période en question. En d'autres termes la Covid, n'a pas créé de nouvelles peurs, elle a exacerbé les peurs déjà présentes auparavant.

En ce sens, l'étude des réactions émotionnelles face aux pathologies pourrait nous permettre d'écrire ce que l'on pourrait appeler une « histoire sociale » de la médecine. Une histoire où il est question de la manière dont les sociétés interprètent les pathologies et se construisent autour et avec elle. Une telle histoire des pathologies existe déjà (44), mais elle n'est sûrement pas celle qui prédomine. On peut sur ce point émettre deux hypothèses, l'une étant qu'elle nous manque en tant que médecin, l'autre que cette histoire sera sûrement amenée à se développer. De notre point de vue, si une « histoire sociale » de la médecine, peut manquer, c'est que la notion de santé est indissociable de l'époque où on la considère. Nous sommes dans notre pratique de médecin généraliste constamment confronté aux représentations que nos patients ont de leurs pathologies. Traiter, soigner, soulager demande de prendre en compte ces représentations. Un exemple type pourrait être les réticences à la vaccination contre la Covid. On ne peut pas forcer une population à se vacciner, mais on peut comprendre les motivations de cette réticence. Selon nous, une approche émotionnelle de cette question serait à même d'apporter des réponses. Elle serait, d'ailleurs, un terrain de recherche intéressant.

b. LA PEUR COMME OUTIL DE COMPRÉHENSION

Au travers d'une analyse des peurs, nous avons principalement tenté de retranscrire l'expérience de nos patients en période de confinement et par là même notre expérience, en tant que soignant, de la crise de la Covid-19 de mars à juin 2020. En ce sens notre travail s'inscrit dans une démarche qui tente à la fois de comprendre et de raconter le vécu de nos patients. La manière dont nous avons abordé l'émotion dans cette thèse, nous semble être de l'ordre de l'empathie. On parle parfois d'« empathie climat », qui évoque l'échange de sentiment, et d'« empathie connaissance », où il est question de comprendre plus que de ressentir. C'est de cette connaissance dont il nous semble être question dans cette thèse. L'empathie est un processus émotionnel, une « expérience compréhensive de l'existence de l'autre » (29). Ceci étant dit, encore faut-il comprendre la logique émotionnelle de la personne que nous avons en face de nous en consultation. La distance socioculturelle avec nos patients peut être importante et il est parfois difficile d'appréhender leurs ressentis. Ce que nous avons appelé une « clinique de la peur », nous permet d'avoir une idée plus précise des raisons de la peur, de leurs implications et de l'importance de l'envahissement d'une maladie dans le quotidien de nos patients. Ainsi, être au fait des émotions et de la manière dont elles structurent nos représentations peut être à même d'aider le soignant dans une démarche empathique.

Les émotions décrites par nos patients, nous ont permis d'appréhender la manière dont ils se sont représentés la Covid – l'imaginaire qu'elle a invoqué. L'analyse qui découle des émotions non pathologiques peut être propre à nous fournir ce que l'analyse clinique sémiologique de la Covid ne nous apporte pas, c'est-à-dire un regard à l'intérieur du quotidien de nos patients. Elle peut nous permettre de mieux comprendre la manière dont nos patients conçoivent leurs pathologies. Tout du moins, au terme de ce travail, on peut mieux cerner les implications d'une discussion autour de la Covid avec un patient : les images que celle-ci invoque sont parfois terrifiantes.

On peut dès lors se questionner de manière générale sur l'utilisation que l'on pourrait faire de la peur dans la consultation médicale, en dehors d'une période dominée par la Covid. En effet, il nous arrive fréquemment de questionner la tristesse, souvent dans l'idée de dépister un épisode dépressif ; de questionner l'anxiété pour rechercher un trouble anxieux généralisé. À l'inverse on ne questionne pas, ou peu la peur. Les peurs telles qu'on les a décrites dans cette thèse, ne permettent pas d'orienter vers un diagnostic médical, ni dans la plupart des cas d'y trouver une réponse (à n'en pas douter la réponse aux peurs de nos patients passera par la gestion de la crise de la Covid). Par contre, elles permettent de mieux appréhender la manière dont nos patients se représentent la Covid, et ainsi de mieux se rendre compte des problématiques spécifiques qu'elle a pu engendrer. Il se peut que questionner la peur permette de parler de ce qui préoccupe réellement nos patients lorsqu'ils viennent nous consulter. Il est possible que poser les questions "de quoi, quand, où, à quel point avez-vous peur ?", soit avant tout un outil de compréhension.

Peurs et inquiétudes sont un motif de consultation non négligeable chez nos patients. « La clinique de la peur » que nous avons formulée démontre que ces émotions sont très structurées. Qu'elles sont chargées de sens, relatif aux conséquences potentielles, à la souffrance, à la mort. Poser la question "avez-vous peur ?" permet d'accéder à ce sens. En cela, et en dehors du contexte de la Covid, il serait intéressant de savoir de quoi les patients ont peur quand ils consultent et qu'elles sont les implications de ces peurs.

c. PRÉVENIR LA PEUR

Outre l'outil, la peur en certaines circonstances, sans être à proprement parler pathologique, peut atteindre des extrêmes qu'il nous semble important de dépister. D'une part dans les entretiens, nous mettons en évidence une tendance à ne pas divulguer le fait d'être testé positif à la Covid, ce qui ne pose pas de problème en soi, excepté le fait de ne pas le révéler, non plus, à un médecin en cas de besoin. Sans que nous ayons été directement témoin de telles situations, elles semblent avoir été une réalité, certaines histoires ont pu nous parvenir attestant de ce fait. Tout du moins, il y a eu des récits de ce genre dans les quartiers environnant le Château en santé au printemps 2020. D'autre part, il est intéressant d'être au fait des réactions émotionnelles que peut causer l'annonce de la positivité d'une RT-PCR SARS-CoV-2. Comme chez cette patiente qui, touchée par des symptômes mineurs a pour premier réflexe d'écrire son testament (E15). La Covid au printemps 2020 a pu prendre la forme d'une maladie grave en soi, quel que soit le degré de sévérité des symptômes de la pathologie. L'annonce de la pathologie doit donc faire l'objet de précaution d'autant qu'elle est régulièrement faite par téléphone.

En substance, nous avons dans notre pratique souvent été témoins de situation de « surconfinement ». Elles se sont incarnées par le fait d'empêcher les enfants de sortir, qui eux-mêmes interdisaient à leurs parents toutes sorties. Dans un autre, registre la désinfection de l'air dans les appartements, la stérilisation des aliments avant consommation etc. sont des pratiques rapportées dans les entretiens, qui peuvent sembler excessives et qui n'arrivent pas forcément à notre connaissance. Évoquer la peur et les comportements qui en découlent, peut permettre de dépister certaines de ces situations.

Lorsque nous considérons des pathologies procurant des émotions intenses, il est important d'être très attentif à ces réactions. C'est une situation similaire aux consultations d'annonce de cancer. Ceci dit, prévenir la peur à l'annonce d'une pathologie est un travail complexe, et on tend à montrer le montrer dans cette thèse. La peur est un processus qui demande pour la prévenir de s'intéresser aux représentations qu'une personne se fait de la menace associée à une pathologie. Elle nécessite également de resituer la pathologie en question dans son contexte socioculturel. En cela, une « clinique des peurs » permet d'appréhender de manière plus globale, avec plus de perspective la manière dont les gens réagissent au-devant d'une pathologie et éventuellement de mieux les accompagner. Il est bien question de prévenir plus que de guérir.

Prévenir la peur par l'intermédiaire d'une meilleure connaissance de celle-ci présente un ensemble d'intérêt. Premièrement, les peurs sont toujours présentes, sûrement sous des formes quelque peu différentes, mais certains patients font encore preuve de réactions émotionnelles intenses face à la Covid. Deuxièmement, la pandémie de SARS-CoV-2 à n'en pas douter va se terminer mais on parle maintenant d'une « ère des pandémies », terme issu du rapport de l'IPBES²⁷ (79). Sans faire d'hypothèse sur la fréquence de tels événements, il est probable que les épisodes de pandémies soient amenés à se répéter dans un futur « proche », avec potentiellement son lot de peurs. Il est tout aussi probable qu'en tant que médecin généraliste nous y soyons à nouveau confrontés. De plus, il est démontré que les personnes atteintes de la Covid présentent plus de risques de développer ultérieurement, sur une période de 3 à 6 mois des troubles d'ordre psychiatrique : trouble anxieux généralisé, épisode dépressif caractérisé ou encore décompensation de trouble psychotique (80). Les facteurs à l'origine de ces conséquences psychiatriques sont multiples. On pourrait se demander quel rôle a joué la peur au sein de ces facteurs, en effet, avoir la Covid au printemps 2020 consistait à contracter la maladie du siècle et ceci n'est en rien anodin.

3. LIMITES DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES

Les implications de la peur, ses déterminants, sont multiples et ne peuvent en aucun cas être succinctement résumés. Nous avons été dans cette thèse confrontés à ces difficultés. S'intéresser à la peur, ainsi qu'aux émotions demande un bagage universitaire riche et polyvalent, médical, psychologique, sociologique, historique... Pour comprendre et expliciter le concept de peur, nous avons été amenés à faire appel à une bibliographie diverse. Elle présente comme principalement intérêt de considérer la peur dans ses différentes dimensions, tant individuelle que collective, de rendre le phénomène dans son intégralité. L'approche polyvalente que nous avons été amenés à développer est une base pour aller plus loin et ouvrir un travail de longue haleine sur le lien entre la peur, la pratique médicale et la pathologie.

Ce que l'on a appelé une « clinique de la peur », donne des perspectives sur la possibilité de caractérisation plus précise de ce phénomène. D'une part nous avons vu que peurs et espaces étaient liées. L'espace des peurs que nous avons décrit aurait pu faire l'objet d'une cartographie plus précise : définir des espaces, méthodologiquement, pourrait permettre de donner une image

²⁷ Rapport intergouvernemental édité en octobre 2020 sur la question des pathologies émergentes. 17 chercheurs y représentent autant de pays.

précise de l'entendue de ces peurs, de mieux caractériser la représentation spatiale de la peur. D'autre part, l'analyse des comportements qui découlent de la peur semble pouvoir faire l'objet d'une quantification : fréquence de la désinfection, du lavage de mains, durée des sorties et leurs fréquences... La détermination précise de ces facteurs aurait pu permettre une bien meilleure caractérisation des peurs chez les différents individus. L'annexe IV donne une idée de certains points qui auraient pu faire l'objet de cette quantification. Il aurait été intéressant de coupler une méthodologie qualitative et quantitative sur ce sujet. En effet, avoir une représentation précise et quantifiée de l'espace et des comportements de peurs pourrait permettre d'aborder plus aisément cette question avec nos patients.

Le recrutement des personnes interrogées a été fait de manière aléatoire dans l'objectif d'apporter un maximum de diversité aux réponses données. De plus, nous n'avons pas cherché à sélectionner les personnes qui avaient le plus peur ; le recrutement n'a pas été fondé sur l'évocation de la peur par les patients, mais sur l'unique raison qu'ils ont à un moment donné réalisé une RT-PCR SARS-CoV-2 au Château en santé. La population que nous avons analysée n'est donc en rien homogène : les âges, les modes d'habitation, la classe économique, le fait d'être employé, au chômage ou femme au foyer, d'avoir ou non des enfants. La validité de ce travail ne porte pas sur un groupe social ou sur une population à risque spécifique, mais sur une zone géographique : le seul point commun des patients que nous avons interrogés est d'habiter dans la même localité. Si nous avons montré que la peur a bien été présente, nous ne pouvons rien dire d'éventuels facteurs de risque qui pourrait jouer sur celle-ci. Ceci dit, il semblerait qu'il y ait un récit particulier de la peur de la Covid dans les immeubles d'habitations collectives : rapport entre voisins, familles habitant dans le même immeuble, contacts dans les escaliers, les ascenseurs... En ce sens il aurait été intéressant de focaliser notre attention sur un mode d'habitats spécifique dans ce même espace géographique.

De plus, ce mode de recrutement a pu participer à surreprésenter la peur chez nos patients. En effet, le motif de réalisation d'une RT-PCR SARS-CoV-2 était souvent l'inquiétude d'être porteur de ce germe. Il est donc possible que les patients, qui ont réalisé une RT-PCR au Château en santé au printemps 2020, aient été particulièrement inquiets. Il est aussi possible que les personnes les plus inquiètes ne soient pas du tout venues au « Château » pendant cette période, certains entretiens tendent à montrer que le Château en santé a également pu être un lieu de peur.

La Covid semble avoir exacerbé des peurs déjà présentes au préalable : pour sa santé, peur de la mort, peur pour les enfants. Le printemps 2020 a été une période particulièrement

propice pour s'intéresser à ce phénomène. Ceci étant dit, les émotions, que la Covid procure, ont déjà changé, la peur s'atténue au profit d'une reprise de nos activités quotidiennes. Si l'on a décrit certaines émotions à une période, cette période était si exceptionnelle qu'elles ne peuvent en soi être extrapolées à d'autres situations. De plus, la peur étant en perpétuelle reconfiguration, il est probable que les personnes que nous avons interrogées n'aient déjà plus le même point de vue sur leurs ressentis pendant cette période.

Nous avons montré dans cette thèse que la peur a joué un rôle important dans la manière de réagir à la Covid. Au moins deux points nécessiteraient d'être plus amplement explorés : les conséquences et les facteurs de risque. La peur a parfois été si intense qu'il serait intéressant de se demander si elle a eu des retentissements d'ordre psychologique ou somatique chez certains patients. Si la peur peut avoir des conséquences de santé (on dit bien que l'on meurt de peur), on pourrait imaginer qu'elle ait différentes conséquences : isolement, rupture de soins... D'autre part, la peur est un phénomène socioculturel, il existe donc des facteurs qui font qu'une population y est plus ou moins sujette : des facteurs de risques. Hors période de Covid, les motifs de peur dans l'aire urbaine que nous considérons sont multiples : administratifs, économiques, ethniques, violences de genre... On peut émettre l'hypothèse que les états affectifs de l'ordre de la peur sont très présents dans le quotidien des patients qui viennent consulter au Château en santé. Si s'intéresser à la peur de la Covid était une première étape, analyser l'importance et la place de cette émotion dans le quotidien de nos patients, hors période de crise, serait d'autant plus intéressant et permettrait d'affirmer une pratique de la médecine générale plus ajustée à nos patients.

CONCLUSION

Les émotions non pathologiques, la peur en première instance, semblent avoir un rôle plus vaste qu'on veut bien lui accorder en médecine. Elles jouent sur les représentations des pathologies, leur donnent un caractère social, participent à façonner la manière dont nous allons réagir à un phénomène pathologique. Elles participent à fabriquer une "clinique sociale" des pathologies, non pas celle objective de la clinique médicale, mais bien subjective des représentations sociales. Malgré les limites de ce travail, on voit que la peur peut être caractérisée, décrite. Elle est associée à des espaces qu'elle envahit plus ou moins, et se manifeste par un ensemble de comportements qu'il est possible d'objectiver. On a vu également que la peur n'est pas que de la peur et qu'il peut être intéressant de considérer l'ensemble des états affectifs qui s'en rapproche comme un même phénomène soumis à des fluctuations d'intensité dans le temps.

Il y a un enjeu à considérer la peur de la Covid chez nos patients, d'une part la pandémie à ce jour (mi-2021) n'est pas contrôlée et certains patients décrivent malgré tout toujours des peurs intenses face à cette pathologie. D'autre part, la pandémie à SARS-CoV-2 n'est sûrement pas la dernière et ce processus de peurs collectives à n'en pas douter sera amené à se renouveler. De plus, de nombreux indices semblent affirmer que les émotions non pathologiques sont amenées à avoir des conséquences d'ordre somatique ou psychiatrique. La suite logique de ce travail serait en ce sens de s'intéresser aux peurs et états affectifs associés en dehors d'une période de crise, dans l'intention d'établir l'étendue des peurs dans des populations spécifiques et d'en supposer les facteurs causals.

ANNEXE I : PROFILS D'ÉVALUATION ÉMOTIONNELLE SELON SCHERER

Dimension d'évaluation émotionnelle	Colère/Rage	Peur	Tristesse	Joie
Nouveauté				
Soudaineté	haut	haut	bas	bas
Familiarité	bas	bas	bas	ouvert
Prévisibilité	bas	bas	ouvert	moyen
Valence intrinsèque	ouvert	bas	ouvert	haut
Rapport aux buts / besoins				
Pertinence	haut	haut	haut	moyen
Degré de certitude dans la prédiction des conséquences	très haut	haut	très haut	très haut
Congruence avec les attentes	dissonant	dissonant	ouvert	consonnant
Opportunité	obstruction	obstruction	obstruction	facilitation
Urgence	haut	très haut	bas	très bas
Potentiel de maîtrise				
Causalité : agent	autrui	autrui/naturel	ouvert	ouvert
Causalité : motivation	intentionnel	ouvert	hasard	intentionnel
Contrôle	haut	ouvert	très bas	ouvert
Puissance	haut	très bas	très bas	ouvert
Ajustement	haut	bas	moyen	haut
Accord avec les normes				
Standards externes	ouvert	ouvert	ouvert	ouvert
Standards internes	bas	ouvert	ouvert	ouvert

Cf P. Philippot, *Émotion et psychothérapie*, p30.

ANNEXE II : LISTE DES PATHOLOGIES ÉMERGENTES DEPUIS 1980

Germes	Microorganismes pathogènes	Année de découverte	Méthodes de diagnostic	Pouvoir pathogène
Bactéries	<i>Staphylocoque doré producteur de toxine</i> <i>Borrelia burgdorferi</i> <i>Escherichia coli</i> O157 <i>Hélicobacter pylori</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <i>Bartonella henselae</i> * <i>Vibrio cholerae</i> O139 <i>Tropheryma whipplei</i> <i>Mycobactéries atypiques</i> *	1981 1982 1982 1983 1989 1990 1992 1992 1993	Culture ELISA, WB, PCR Culture Test à l'uréase IFD, ELISA Histologie Culture Histologie Cultures	Syndrome du choc toxique Maladie de Lyme Colite hémorragique Ulcère gastrique Pneumopathies Angiomatose bacillaire Choléra Maladie de Whipple Mycobactérioses atypiques
Parasites	<i>Enterocytozoon bienewisi</i> * <i>Septata intestinalis</i> * <i>Cyclospora cayetanensis</i> *	1985 1992 1993	Microscopie Microscopie Microscopie	Diarrhées chroniques Diarrhées chroniques Turista, diarrhées chroniques
Champignons	<i>Penicillium marneffi</i> *	1992	Culture	Pénicilliose
Virus	<i>HTLV1</i> <i>HTLV2</i> <i>VIH1</i> <i>VIH2</i> <i>HHV6</i> * <i>VHC</i> <i>VHE</i> <i>HHV7</i> <i>Virus « sin nombre »</i> <i>VHG</i> <i>HHV8</i> * <i>Virus Hendra</i> <i>TTV</i> <i>A/H5N1</i> <i>Virus Nipah</i> <i>Coronavirus (SRAS/CoV)</i> <i>Virus Zika</i> <i>A/H1N1</i> <i>Coronavirus (MERS/CoV)</i> <i>A/H7N9</i>	1980 1982 1983 1985 1986 1989 1990 1993 1993 1993 1993 1994 1994 1994 1997 1997 1998 2003 2007 2009 2013 2013	ELISA, WB ELISA, WB ELISA, WB ELISA, WB IF, ELISA, WB ELISA, PCR ELISA, PCR IF, ELISA, WB ELISA, PCR ELISA, PCR PCR ELISA, PCR PCR PCR PCR PCR PCR RT-PCR RT-PCR RT-PCR RT-PCR	Leucémie à cellules T Leucémie à cellules T Infection à VIH/SIDA Infection à VIH/SIDA Roséole Hépatite virale C Hépatite virale E Roséole SDRA et choc Hépatite virale G Maladie de Kaposi Encéphalite Hépatites non A-G Grippe aviaire Encéphalite SRAS Maladie à virus Zika Grippe A Nouveau coronavirus Grippe aviaire

Cf Centre René Labusquière, Institut de Médecine Tropicale,

Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux (France)

ANNEXE III : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES ENTRETIENS

Numéro	Code entretien	Age	Sexe	Atroch- dissim ent	Adresse	Date entretien	Date RT PCR	Symptômes	Indication RT PCR	FDR / ATCO	Nombre de personne en confinement	Nature du contact	Cas contact	Covid
2	20051602	63	M	13015	La Granlière	26/05/2020	11/05/2020	Asymptomatique	Inquiétude	Lymphome en rémission	2 personnes : sa femme			Négatif
3	20052003	26	M	13015	La Granlière	20/05/2020	13/05/2020	Asymptomatique	Inquiétude	-	5 personnes : sa mère, son père, un frère, une sœur			Négatif
4	20052104	85	M	13015	Les bourrely	21/04/2020	18/05/2020	Asymptomatique	Inquiétude	Diabète type 2 Adénocarcinome de Prostate	3 personnes : sa femme, son fils			Négatif
5	20052505	54	F	13015	Kalliste	25/05/2020	17/04/2020	Symptomatique	Courbature, toux, diarrhée.	HTA Diabète type 2 Dyslipdémie	7 personnes : son mari, ses deux filles, son fils, sa belle fille, sa petite fille			Négatif
6	20052506	70	M	13015	La solidarité	25/05/2020	05/05/2020	Asymptomatique	Inquiétude	-	2 personnes : sa femme			Négatif
7	20052607	58	M	13015	Kalliste	25/06/2020	20/05/2020	Asymptomatique	Inquiétude	-	2 personnes : sa femme			Négatif
8	20052708	35	F	13015	La granlière	27/05/2020	20/04/2020	Asymptomatique	Inquiétude	-	9 personnes : son mari, son beau-frère, 6 enfants			Négatif
9	20052709	54	F	13015	La granlière	27/05/2020	17/04/2020	Asymptomatique	Inquiétude	-	5 personnes : son mari, ses trois enfants			Négatif
10	20052810	62	M	13015	Les bourrely	28/05/2020	20/04/2020	Asymptomatique	Inquiétude	HTA AIT	1 personne			Négatif
11	20060211	33	F	13015	Kalliste	02/06/2020	24/04/2020	Asymptomatique	Inquiétude	Hypothyroïdie	10 personnes : 4 adultes, 5 enfants			Négatif
13	20060313	57	M	13015	La solidarité	03/06/2020	21/04/2020	Asymptomatique	Inquiétude	Obésité Syndrome d'apnée du sommeil	2 personnes : sa femme			Négatif
12	20060312	50	F	13015	La solidarité	03/06/2020	27/03/2020	Symptomatique	céphalées, fièvre, vertige dyspnée et toux	-	3 personnes : son mari, son fils	Cluster familial	Le fils	Positif
14	20060314	24	F	13015	Les bourrely	03/06/2020	01/04/2020	Symptomatique	Toux, dyspnée, fièvre, diarrhées	-	4 personnes : sa mère, son père, sa sœur	Cluster familial	Mère, sœur, père	Positif
15	20060515	44	F	13015	Kalliste	05/06/2020	27/03/2020	Symptomatique	toux, courbature, fébricule	-	2 personnes : son mari	Cluster familial	Mari	Positif
16	20060916	42	F	13015	La granlière	09/06/2020	06/04/2020	Symptomatique	toux, rhinorrhée, odynophagie, dyspnée	-	4 personnes : son mari, ses deux enfants	Cluster professionnel	collègues de travail	Positif
17	20060917	87	M	13015	La solidarité	09/06/2020	27/06/2020	Asymptomatique	Asymptomatique	-	1 personne	Cas isolé	Cas isolé	Positif

ANNEXE IV : EXPRESSION COMPORTEMENTALE DES PEURS

EXPRESSION COMPORTEMENTALE DES PEURS EN TEMPS DE CRISE : ÉVITER LA CONTAMINATION			
SE PROTÉGER EN DEHORS DE L'ESPACE DE CONFINEMENT			
SORTIR DE L'ESPACE DE CONFINEMENT			
LIMITER LES SORTIES	CALCULER LES SORTIES	LIMITER LE NOMBRE DE PERSONNE QUI SORTENT	ÊTRE CONTRAINT À NE PAS SORTIR
Faire mes courses que le lundi. On sortait réellement que pour faire nos courses. Je faisais le plein et le n'allais plus pendant au moins 15 j. J'ai opté pour le drive. Je faisais en sorte de limiter nos sorties. Une fois par semaine. Deux mois et demi j'ai pas sorti de la maison. La maison pour tout le monde. On évite de sortir. Je vais pas aller me balader. On évite de sortir quand même dans les magasins. Je ne sortais pas du tout. On est pas sorti du tout. On ne sortait plus du tout.	on choisit, les jours, les horaires. Aller faire les courses tôt le matin ou tard le soir. J'attends il y a personne, je rentre, je sors. On a tout ce qu'il faut, on stocke. Il y avait des copines qui me faisaient les courses. Mon grand-frère, il allait faire les courses. Il nous déposait devant la porte. Il nous faisaient passer la nourriture par la fenêtre.	Il y a que moi qui sort. Juste mon mari il sort.	Ils m'achètent qu'est-ce qui faut mais ils veulent pas que je sorte. Ils voulaient pas que je sorte. On ne laissait pas sortir les enfants . Les enfants on leur a pas dit qu'on sortait.
SE PROTÉGER / MESURES BARRIÈRES	ÉVITER LE CONTACT PHYSIQUE		
DISTANCIA TION SOCIALE	Des gants que j'avais acheté pour le gasoil. Des lingettes. Je mettais les gants. Lingettes pour les toilettes. Fait laver les mains aux enfants plusieurs fois. Un peu le gel. Des qu'on rentre on lave les mains. Avec les gants. Avec le gel et tout... Me laver les mains souvent... C'était le mien et je ne leur prêtai pas. J'avais mis des gants. Je me lave souvent les mains, j'ai mon gel dans mon sac... Je me savonne sans arrêt moi... Au moins trente fois. On se nettoie tout le temps les mains. L'alcool ou le gel.		
PROTÉGER L'ESPACE DE CONFINEMENT	LIMITER LES VISITES	PARTITIONNER LES ESPACES	PRATIQUES DE DÉSINFECTION
PREVENIR L'INVASION	On a vu personne d'autre. Personne n'est venu. On est allé voir personne. Juste les voisins. Avec la famille en face ça a pas changé.	Je me suis interdit le canapé au salon, parce qu'il y a mon père. Je mange sur le balcon. Je ne laissais pas rentrer les enfants dans la cuisine... Je me suis enfermée dans la chambre. On s'est séparés. Il avait la chambre, moi l'autre chambre. On a séparé la chambre. On a séparé la chambre.	Tous les matins, je désinfecte toute la maison. Je vaporise chaque pièce. Le Synthol qui désinfecte l'air. Il nettoyait tout, tout, tout, la javel. Le grand ménage tous les jours. La femme de ménage a eu un nouveau protocole. Je nettoie tout. J'ouvre les fenêtres.. Je fais aérer. Ils devaient désinfecter en permanence. Je vaporisais, je pouvais l'utiliser sur les tables, les chaises. Il venait des entepriises, ils lâchaient des fumigènes.
Baskets à l'extérieur, toujours les baskets dans le couloir. On enlève les chaussures. On se déshabille. Chacun se mettait un autre habit. Il laissait ses habits là-bas. Il prenait une douche à l'extérieur. Il rentrait pas avec ses chaussures. Nettoyer les semelles de chaussures... J'enlevais tous les habits, je lavais tout. « Ne touchez rien pendant quelques heures. » On laissait tout comme ça pendant plusieurs heures... Elles les laissait devant la porte. On rentre on se déshabille. Directement au lavage. On rentre laver tous nos habits. Laver toutes nos affaires.			

BIBLIOGRAPHIE

1. Fourquet J, Griazzo M. En immersion : enquête sur une société confinée. Seuil. 2020.
2. Gesbert O. Coronavirus : une épidémie de la peur ? La Grande Table Idées. France Culture; 2020.
3. Le Breton M. De la peur de l'épidémie de coronavirus à « l'épidémie de la peur ». Huffington Post. 11 mars 2020;
4. Piroska N. Histoire des émotions. De l'antiquité aux lumières. Sous la direction de Georges Vigarello. Seuil. 2016. (l'univers historique; vol. 1).
5. Delumeau J. La Peur en Occident, XIV^e-XVIII^e s. Arthème Fayard. Paris; 1978.
6. Lutz C. The domain of emotion words on Ifaluk. American Ethnological Society. 1982;
7. Doï T. Le jeu de l'indulgence. L'asiathèque. Paris; 1988.
8. Boquet D. Les passions du salut dans l'occident médiéval. In: Histoire des émotions. Seuil. Paris; 2016.
9. Darwin C. L'expression des émotions chez l'homme et les animaux. Paris; 1874.
10. Ekman P. Emotion in human face : guidelines for research and an integration of findings. Pergamon press. New York; 1972.
11. Belzung C. Biologie des émotions. Deboeck supérieur. Belgique; 2007. (neurosciences et cognition).
12. Kleinginna PR, Kleinginna AM. A Categorized List of Emotion Definitions, with Suggestions for a Consensual Definition. Motiv Emotion. 1981;5(4).
13. Philippot P. Émotion et psychothérapie. Mardaga. Belgique; 2011. (Psy-émotion).
14. Solomon R. What is an Emotion ? : Classic and Contemporary Readings. Oxford University Press. 2003.
15. Barret L. Are Emotions Natural Kinds? Perspect Psychol Sci . mars 2006;
16. LeDoux J. Rethinking the emotional brain. Neuron. 2012;(73):653-76.
17. Scherer K. On the nature and function of emotion : a component process approach. In: Approaches to émotion. Erlbaum. New Jersey; 1984.
18. Rimé B. Le partage social des émotions [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2009. 448 p. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-partage-social-des-emotions--9782130578543.htm>
19. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. The Guilford Press. 1988.
20. Bensimon C. 1968, la planète grippée. Libération. 7 déc 2005;

21. Batty GD, Russ TC, Stamatakis E, Kivimäki M. Psychological distress and risk of peripheral vascular disease, abdominal aortic aneurysm, and heart failure: Pooling of sixteen cohort studies. *Atherosclerosis*. 1 oct 2014;236(2):385-8.
22. Tawakol A, Ishai A, Takx RA, Figueroa AL, Ali A, Kaiser Y, et al. Relation between resting amygdalar activity and cardiovascular events: a longitudinal and cohort study. *Lancet*. 25 févr 2017;389(10071):834-45.
23. Delpierre G. La peur de l'être. privat. Paris; 1973. (nouvelle recherche).
24. Courtine J jacques. La peur à l'âge de l'anxiété. In: Histoire des émotions. Seuil. Paris; 2017.
25. Hochschild AR. Strangers in their own land : Anger and mourning on the american right. The New Press. New York; 2016.
26. Observatoire des marches des communications électroniques. Les service de communications életroniques en France, 2ème trimestre 2020. 2020.
27. Singh-Manoux A. Partage social des émotions et comportements adaptatifs des adolescents : une perspective interculturelle. [France]: Paris X - Nanterre; 1998.
28. Hatfield E, Caccioppo J, Rapson R. Emotional contagion. Cambridge university press. Cambridge; 1994.
29. Hochmann J. une histoire de l'empathie. Odile jacob. Paris; 2012.
30. Tafani É, Marfaing B, Guimelli C. Rôles de l'implication et des émotions dans le traitement et la diffusion d'un message : une approche expérimentale des rumeurs. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2006;Numéro 70(2):3-19.
31. Rouquette M-L. La «communication sociale» : entre pléonasme et subversion. *Hermès, La Revue*. 2005;41(1):33-8.
32. Delouée S, Rateau P. Introduction : Les peurs collectives comme forme de manifestation de la pensée sociale. In: Les peurs collectives. Erès. Toulouse; 2013.
33. Rouquette M-L. La pensée sociale Perspectives fondamentales et recherches appliquées. Érés. Toulouse; 2009.
34. Rouquette J-L. Modélisation des peurs collectives. In: Les peurs collectives. Érés. Toulouse; 2013.
35. Biraben J-N. Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens des origines à 1850. *Population*. 1975;30(6):1143-4.
36. Pacotte F, Delouée S, Rateau P. Peur et rumeur : le cas du supervirus H5N1. In: Les peurs collectives [Internet]. Toulouse: ERES; 2013. p. 117-36. (Société). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-peurs-collectives--9782749238531-p-117.htm>
37. Fabre G. Épidémies et contagions : l'imaginaire du mal en Occident. Puf. Paris; 1988.

38. Sontag S. La maladie comme métaphore traduction de *Illness as Metaphor* (1977). France: Christian Bourgeois; 2009.
39. Groddeck G. *Le livre du ça*. Gallimard. France; 1973.
40. Vitaux J. Chapitre premier. *Les théâtres de la peste*. In: *Histoire de la peste* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2010. p. 9-94. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-de-la- peste--9782130584094-p-9.htm>
41. Chevalier L. *Le choléra, la première épidémie du XIXème siècle*. La Roche-sur-Yvon; 1958. (bibliothèque de la révolution de 1848).
42. Carrière C. *Marseille ville morte : la peste de 1720*. Jeanne Lafitte. 2016.
43. Manzoni. *Les fiancés : Histoire milanaise du XVIIe siècle*. Folio classique. Paris; 1995.
44. Bardet J pierre, Bourdelais P, Guillaume P, Lebrun F, Quétel C. *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis XIXème - XXème siècles*. Fayard. Paris; 1988.
45. Martin C. *Entrevue avec Jean Delumeau, l'historien de la peur en Occident*. Second Regard. 1982.
46. Goblot P. *1347 : la peste noire. Quand l'histoire fait dates*. France: Arte; 2017.
47. Kervran P. *La grande aventure de la science : les imaginaires d'une épidémie. LSD, La série documentaire*. France: France Culture; 2020.
48. Vitaux J. Chapitre 4. *La rémanence de la peste dans l'imaginaire collectif*. In: *Histoire de la peste* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2010. p. 149-87. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-de-la- peste--9782130584094-p-149.htm>
49. Neyrat F. *Le cinéma éco-apocalyptique. Anthropocène, cosmophagie, anthropophagie*. *Communications*. 2015;96(1):67-79.
50. Zylberman P. *Tempêtes microbiennes : essai sur la potique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique*. Gallimard. France; 2013. (Nrf essais).
51. Aubry P, Gaüzère B-A. *Pathologies infectieuses émergentes, actualités 2018*. Centre René Labusquière, Institut de Médecine Tropicale, Université de Bordeaux. 2018;
52. Keck F. *Les sentinelles des pandémies*. Zones. Paris; 2020.
53. Osterholm M, Schwartz J. *Preparing for the next pandemic*. *Foreign affair*. 2005.
54. Beck U. *La Société du risque*. Flammarion. Paris; 1986. (« Champs » 2003).
55. Fagherazzi-Pagel H. *Maladies émergentes et réémergentes chez l'homme : Concepts, Facteurs, d'émergence, Alertes, Riposte et coopération mondiale*. Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST-CNRS); 2008 p. 72.
56. Moïsi D. *La géopolitique de l'émotion*. Flammarion. Paris; 2015. (Champs actuel).
57. Joly P-B, Kaufmann A. *Du risque à la menace. Penser la catastrophe* [Internet]. Paris

cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013. 400 p. (L'écologie en questions). Disponible sur: <https://www.cairn.info/du-risque-a-la-menace--9782130606314.htm>

58. Poels G, Lefort V. ÉTUDE INA. Covid-19 dans les JT : un niveau de médiatisation inédit pour une pandémie. La Revue des médias. 1 oct 2020;

59. Bayet A, Hervé N. ÉTUDE. Information à la télé et coronavirus : l'INA a mesuré le temps d'antenne historique consacré au Covid-19. La revue des médias. 30 mars 2020;

60. Syrah L. Morgue géante de Rungis: le bilan de l'opérateur funéraire entaché. Mediapart. 2 juin 2020;

61. Brusini H, Gariazzo M. Le Café des Assises : La peur pour seul sujet, pour seul moteur ! 2020.

62. [http. À Marseille, une crise sociale impossible à mesurer et partie pour durer](http://marsactu.fr/a-marseille-une-crise-sociale-impossible-a-mesurer-et-partie-pour-durer/) [Internet]. Marsactu. 2020 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://marsactu.fr/a-marseille-une-crise-sociale-impossible-a-mesurer-et-partie-pour-durer/>

63. Statistiques | Insee [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques?debut=0&categorie=1&geo=ICQ-1>

64. Résolution du Conseil, du 29 mai 1990, relative aux actions en faveur des chômeurs de longue durée. Journal officiel, 1990-06-27, n° C 157, pp. 4-6, EEU-1990-M-66479 mai 29, 1990.

65. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES. Saint-Denis; 2010. 380 p. (Santé en action).

66. Covid-19 : visualisez l'évolution de l'épidémie en France et dans le monde. Le Monde.fr [Internet]. 5 mai 2020 [cité 8 févr 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/05/05/coronavirus-age-mortalite-departements-pays-suivez-l-evolution-de-l-epidemie-en-cartes-et-graphiques_6038751_4355770.html

67. Al Comorya. Coronä : beaucoup de Comoriens wafariki à Marseille [Internet]. 2020 [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=12t8jAIiMJY&t=45s>

68. AFP-Marseille. Marseille: face à des « clusters » familiaux, les médecins somment les autorités d'agir [Internet]. L'Obs. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/societe/20200504.AFP6251/marseille-face-a-des-clusters-familiaux-les-medecins-somment-les-autorites-d-agir.html>

69. Officiel D. Face à l'info 19 Mars 2020 HD (CNews) [Internet]. Le blog d'Eric Zemmour. 2020 [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ericzemmour.org/face-a-linfo-19-mars-2020-hd-en-direct/>

70. Polloni C. Confinement: dans les quartiers populaires, attention aux contrôles sous tension [Internet]. Mediapart. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur:

<https://www.mediapart.fr/journal/france/280320/confinement-dans-les-quartiers-populaires-attention-aux-contrôles-sous-tension>

71. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*. août 2020;584(7821):430-6.
72. Moulin AM. Le corps face à la médecine. In: Histoire du corps sous la direction de Jean-jacques Courtine. Éditions du Seuil. 2006.
73. Galmiche S, Charmet T. Etude des facteurs sociodémographiques, comportements et pratiques associés à l'infection par le SARS-CoV-2 (ComCor). Institut Pasteur en partenariat avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'institut Ipsos et Santé Publique France; 2020.
74. Salomé K. Le massacre des « empoisonneurs » à Paris au temps du choléra (1832). *Revue historique*. 2015;673(1):103-24.
75. Morand S. Biogéographie et écologie de l'émergence. In: Émergence de maladies infectieuses [Internet]. Versailles: Éditions Quæ; 2016. p. 13-36. (Matière à débattre et décider). Disponible sur: <https://www.cairn.info/emergence-de-maladies-infectieuses--9782759224906-p-13.htm>
76. Gesbert O, Baschet J. Covid-19, une maladie du « Capitalocène » ? La Grande table idées [Internet]. France Culture. [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/la-grande-table-idees/covid-19-une-maladie-du-capitalocene>
77. MENACE : Définition de MENACE [Internet]. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/menace>
78. Latour B. Où suis-je ? Leçons du confinement à l'usage des terrestres. La découverte. Paris; 2021. (Les empêcheurs de penser en rond).
79. The Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services. Workshop Report on Biodiversity and Pandemics. 2020 oct.
80. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*. 1 mai 2021;8(5):416-27.

“ Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque. ”



ÉMOTIONS EN TEMPS DE CRISE : UNE CLINIQUE DES PEURS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES. Analyse qualitative des peurs en période de pandémie.

Des nombreuses émotions qui ont entouré la propagation de la pandémie à SARS-CoV-2, la peur a été la plus parlante. Que ce soit chez soi, dans l'espace public ou dans une salle de consultation, il a semblé qu'aucun lieu ni aucune personne n'aient été épargnés par cette épidémie de peur due au SARS-CoV-2.

Dans notre pratique quotidienne de médecin généraliste, intensité, fréquence et réaction de peur face à la Covid-19 ont parfois été déconcertantes. Nos représentations de la Covid en tant que soignants ont parfois été éloignées de celles de nos patients. Nous avons cherché à comprendre, dans cette thèse, ce que la peur raconte du quotidien de nos patients, face à la Covid au printemps 2020, et ainsi ce qu'elle peut nous raconter en tant que médecin.

Nous avons réalisé une étude qualitative, par l'intermédiaire de 17 entretiens semi-dirigés, chez des patients usagers du château en santé, un centre de santé communautaire au sein du parc Kalliste, dans le 15^e arrondissement de Marseille. Les entretiens ont été conduits du 15 mai au 9 juin 2020. Ces entretiens se sont portés sur les peurs liées à la pandémie de SARS-CoV-2, pendant le confinement du printemps 2020, en France.

Par l'intermédiaire de l'analyse de la peur, nous retranscrivons dans cette thèse, une partie de l'expérience de la Covid des patients au printemps 2020. La peur a pris une place importante dans la communication sur la crise, sur notre manière d'y répondre, sur nos interactions sociales... La peur de la Covid, met en évidence l'importance des émotions sur la représentation des maladies, dans la représentation de notre corps. Le médecin est à la fois témoin et acteur de ces représentations, nous y sommes continuellement confrontés. Le lien entre émotion et pathologie est un domaine de recherche qui devrait dans les prochaines années, être amené à se développer.

MOTS-CLÉS : Covid-19, SARS-CoV-2, pandémie, peur, menace, émotion, clinique, représentations, corps.