

Numéros 7 et 8 - Second semestre 2025

LES CAHIERS DE L'OPPEE

LES SAVOIRS POPULAIRES
ET L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Coordination scientifique

Bernard Cherubini

PRESENTATION

Premier organisme de ce type au sein de l'université de Bordeaux, l'**Observatoire des politiques publiques en situation d'épidémie et post-épidémie** est doté d'un savoir universitaire destiné à observer en temps réel la crise sanitaire et l'après-crise pandémique au prisme de l'analyse scientifique. Les acteurs et actrices se mobilisent pour contribuer à des solutions pratiques.

L'Observatoire a vocation à être un organisme scientifique de source universitaire, produisant une analyse sur la nature et le traitement des politiques publiques liées à la crise épidémique actuelle. Créé dans le cadre de la « mission COVID-19 » de l'université de Bordeaux, l'Observatoire est rattaché à l'Institut de recherche Montesquieu (IRM – UR 7434).

Les septième et huitième numéros des *Cahiers de l'OPPEE* interrogent la question des **savoirs populaires en période d'épidémie de Covid-19** à deux niveaux complémentaires : d'une part, celui des institutions médicales et médico-sociales ; d'autre part, celui des pratiques thérapeutiques et préventives développées à l'échelle individuelle, locale et communautaire.

Coordination scientifique de ce numéro des *Cahiers de l'OPPEE*

• **Bernard CHERUBINI**, Maître de conférences d'ethnologie HDR, IRM-CMRP (université de Bordeaux)

Coordination éditoriale du numéro

• **Clémence FAUGERE**, Docteure en Histoire du droit, chercheuse associée Chaire COLIBEX (CNRS/FRQ), CESSP, IRM et membre de l'OPPEE

En partenariat avec

IRM
Institut de recherche
Montesquieu

université
de BORDEAUX

Département de recherche
DETS | Droit et
transformations sociales

université
de BORDEAUX


RÉGION
**Nouvelle-
Aquitaine**

L'université de Bordeaux, l'OPPEE, et ses partenaires, n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux idées émises dans les différentes contributions qui composent cette production ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et autrices.



Licence d'utilisation : *Creative Commons*, Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

SOMMAIRE

Introduction	1
Bernard CHERUBINI	
Entre craintes collectives et résistances socio-culturelles : aperçu anthropologique de l'expérience de la pandémie de Covid-19 aux Comores.....	8
Said Nassor ABEID, Amina YSSOUF, Mhadji NAOUIROU	
À Dieu ce qui est à Dieu, à Hippocrate ce qui est à Hippocrate. Quel rôle pour le religieux dans la gestion de la pandémie en contextes de sécularisation différenciées ?.....	20
Mohamed FADIL	
Des inégalités d'accès à l'information aux inégalités de définition de la situation : Difficultés et ressources des personnes âgées immigrées originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne pendant la pandémie de Covid-19.....	39
Quentin MOSCATO	
Quand une plante devient un phénomène de société : l'exemple de l'herbe à pique (<i>Neurolaena lobata</i>) aux Antilles.....	55
Marc-Alexandre TAREAU, Guillaume ODONNE	
Les peuples autochtones dans la pandémie du Covid.....	63
Irène BELLIER	
Pour le droit d'exister : stratégies autochtones de survie face au Covid-19 au Brésil	82
Ana ZEMA	
À propos des auteurs et autrices	101
Résumés des articles	103
Indications bibliographiques.....	108

Introduction

Bernard CHERUBINI

Maître de conférences HDR émérite en ethnologie

Co-responsable de l'OPPEE

Institut de recherche Montesquieu (IRM) - Université de Bordeaux

Ce numéro des Cahiers de l'OPPEE aborde la question des savoirs populaires en période d'épidémie de Covid-19 à un double niveau : celui des institutions médicales et médico-sociales, celui de la pratique thérapeutique et préventive au niveau individuel, local, communautaire. On retrouve ici les notions de pluralisme médical, d'itinéraires thérapeutiques, chères à l'anthropologie médicale¹ qui nous permettent d'aborder le vécu des manifestations de la maladie à travers le prisme des savoirs naturalistes populaires, de la pratique des thérapeutes traditionnels, des premières représentations du risque épidémique, au niveau du village, du quartier, du voisinage, des familles ou des structures de l'économie domestique, avant d'observer et d'analyser les comportements de ces mêmes individus au sein des institutions hospitalières, des dispositifs mis en place par les autorités de santé publique, etc.

L'anthropologie de la santé publique que nous entendons développer ici s'appuie sur les développements de l'ethnopharmacologie, la recherche sur les pharmacopées traditionnelles ou vernaculaires, mais aussi sur les acquis de l'ethnomédecine et de la rencontre de cette dernière avec les médecines savantes². Comme aime à le rappeler Jean Benoist dans cette même publication : « quand les ethnologues ont rencontré la maladie au cours de leurs enquêtes, ils ont été frappés de voir qu'elle se présentait sous mille visages inattendus... Elle n'avait pas les mêmes définitions que chez nous, ni les mêmes explications. Bien plus, l'idée même de maladie se dissolvait dans quantités d'autres malheurs que soignaient des spécialistes populaires, souvent religieux » (p. 93-94). Confrontées au risque Covid-19 et aux premières manifestations de la maladie, les différentes populations adoptent des attitudes qui rejoignent ces mêmes principes attachés à leur culture d'origine et/ou d'appartenance. Et force est de constater que l'on est souvent à la fois dans la maladie et dans la religion.

¹ Voir par exemple dans Byron J. GOOD, *Medecine, Rationality and Experience*, N.Y. Cambridge University Press, 1995 ; J. BENOIST (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996 ; Francine SAILLANT et Serge GENEST (dir.), *Anthropologie Médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Sainte-Foy, Presses de l'université Laval et Paris, Economica, 2005.

² On lira ici avec intérêt l'ouvrage coordonné par Simba AROM et al., *La science sauvage. Des savoirs populaires aux ethnosciences*, Paris, Points Seuil, 1993, en particulier les contributions de Jacques BARRAU, « les savoirs naturalistes et la naissance de l'ethnoscience » (p. 15-27) ; Christian MORETTI, « Les pharmacopées traditionnelles » (p.79-91) ; Jean BENOIST, « Les médecines traditionnelles » (p. 92-104).

Ce numéro des Cahiers de l'OPPEE est aussi l'occasion pour nous et pour plusieurs membres de l'OPPEE de rendre hommage au professeur Jean Benoist, récemment décédé en novembre 2025, qui a largement contribué à l'initiative d'organiser en novembre 1983 à Paris le premier colloque national d'anthropologie médicale. Son expérience de recherche ethnologique dans les sociétés créoles où coexistent plusieurs systèmes médicaux montre très clairement que « les malades, loin de choisir entre les diverses médecines qui s'offrent à eux, exercent une stratégie de choix constamment ouverte, passant d'une thérapeutique à une autre, et surtout combinant en un ensemble centré sur chaque consultant et sur ses propres interrogations les ressources qu'offrent des systèmes qu'il ne traite pas comme des totalités mais comme des domaines spécialisés, apte chacun à apporter une réponse partielle à sa demande globale »³. La plupart des exemples que l'on retrouve dans les contributions qui forment notre numéro, illustrent en grande partie ces attitudes face à la maladie, ces hésitations face aux recours thérapeutiques et recoupent très largement ce qu'Andras Zempleni appelle « la polysémie étiologique des entités causales » (divinités, sorcellerie, morts, génies, puissances magiques...) ⁴.

Dans la pure tradition ethnologique de l'étude des sociétés « exotiques », la recherche en anthropologie médicale s'est souvent focalisée sur les populations autochtones minoritaires, dont les systèmes médicaux traditionnels ont le plus souvent été tenus à l'écart des institutions et de la pratique médicale « dite moderne », toujours en voie d'extension sous l'appellation de médecine savante, généralement issues de l'arrivée ancienne de puissances colonisatrices. Mais cette même anthropologie médicale s'est aussi penchée sur des systèmes médicaux millénaires, en position de domination locale, en Asie ou en Extrême Orient, en Inde ou au Moyen Orient, etc. Les articles proposés dans ce numéro reflètent plusieurs de ces tendances qui mettent chaque fois en porte à faux des croyances médicales et religieuses locales avec une conception très académique de la santé publique, de la prise en charge des risques de transmission d'une épidémie mondialisée, des populations dépassées par ces injonctions issues du système de santé moderne, tandis que des thérapeutes traditionnels s'affairent à prendre en charge ces populations incrédules face aux incantations « dites scientifiques » des plus grands spécialistes mondiaux du risque épidémique.

Nous irons ainsi au Maroc et aux Comores, au Brésil et aux Antilles françaises, dans des hôpitaux de l'Est de la France hexagonale et dans une large frange mondiale de populations autochtones, mesurer les effets concrets de cette pandémie de Covid-19 à l'intérieur de systèmes médicaux traditionnels ou très modernes qui s'impliquent dans la prise en charge préventive ou thérapeutique de nombreux sujets locaux⁵. La dimension religieuse des systèmes de croyance, des représentations traditionnelles de la maladie, rejaille un peu partout sur tous ces théâtres d'intervention médicale en institution ou en population générale, validant en quelque sorte notre hypothèse de l'efficacité de savoirs populaires,

³ Jean BENOIST, « Sur la contribution des sciences humaines à l'explication médicale », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 5, numéro 2, 1981, p. 5-15.

⁴ Andras ZEMPLENI, « La « maladie » et ses causes. Introduction », *L'Ethnographie*, n°96-97, Volumes 2 et 3, 1985, p. 13-44.

⁵ Nous appelons sujets locaux des sujets qui disposent d'une connaissance locale.

naturalistes ou d'origine religieuse, dans ce vaste domaine de la lutte contre la transmission du Covid-19.

Cet échantillon de situations concrètes observées au cœur de l'épidémie ne signifie bien entendu pas que nous considérons comme très délicats, voire impossibles, les rapprochements entre médecine traditionnelle et médecine dite savante, entre savoirs populaires et connaissances académiques dans ce champ de l'intervention en santé, qu'elle soit curative ou préventive. Bien au contraire, notre investissement dans le domaine de la formation et de la recherche en promotion de la santé⁶ est tout spécialement articulé autour des efforts à accomplir en matière de santé communautaire, au niveau des réponses adaptées aux besoins de chaque territoire, en matière de citoyenneté, de démocratie sanitaire, de renforcement de la littératie en santé, tout en s'appuyant sur des données probantes et sur des savoirs scientifiques pluridisciplinaires (santé publique, sciences humaines et sociales, etc.). On a pu voir ainsi en France, au tout début de la crise épidémique, une offre de mobilisation des acteurs de la promotion de la santé, via la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) se mettre en place, avec un réseau de professionnels prêts à apporter leur expérience et leur concours actif⁷. Les politiques publiques en santé avaient ainsi adopté en France, depuis le début des années 2000, un nouveau modèle de gouvernance permettant de faire participer, d'associer, d'impliquer les personnes à la conception des politiques et à leur mise en œuvre, dans un contexte de démocratie en santé et de participation de l'utilisateur. C'est dans un cadre que nous avons pu, par exemple, mener des enquêtes sur l'Atelier santé ville (ASV) de la ville de Saint-Louis à La Réunion, entre 2007 et 2010, autour de la thématique de l'activité physique et sportive auprès d'un public composé en majorité de femmes originaires de Mayotte, en abordant les conceptions du corps, de l'hygiène, de la parentalité et de la religion, autour d'un projet de prévention de l'obésité, du surpoids et du diabète de type 2⁸. Force est de constater que les autorités publiques en santé ont pris d'autres options face aux urgences de la lutte contre l'épidémie de Covid-19 en France.

Un exemple assez marquant est le mode de confinement très autoritaire instauré dans le village amérindien lokono (arawak) Cécilia (environ 300 habitants) sur la commune DE Matoury en Guyane française, au titre de la mise en quarantaine stricte pour une durée de 14 jours d'un cluster communautaire, ordonnée par le préfet de Guyane, en avril 2020, après que 21 cas de Covid-19 aient été détectés. L'association lokono, la Fédération lokono de Guyane (FLG), créée en 2008, prônait de son côté la mise en place de médiateurs autochtones pour soutenir les équipes de prévention. Comment être utile à la communauté quand la quantité de masques est très limitée, quand les tests de dépistage sont seulement disponibles pour les villageois présentant des symptômes, sur un fond

⁶ Voir dans Bernard CHERUBINI (dir.), *Agir en promotion de la santé. Une démarche ouverte à l'innovation*, Toulouse, éditions érès, 2011.

⁷ Tribune FNES du 5 mai 2020 : *Épidémie, crise sanitaire et Covid-19. Le pouvoir d'agir de la promotion de la santé* (Christine Ferron et François Baudier).

⁸ Voir dans le rapport final du projet de recherche *Migrations et protection sociale* de la DREES-MiRe 2007 : B. CHERUBINI, N. ROINSARD et A. COMBO, *Stratégies migratoires et enjeux de la protection sociale à La Réunion et à Mayotte*, Bordeaux, UMR 5185 ADES, août 2009.

d'inquiétude et de stigmatisation d'amérindiens ? Les autres villages lokono de la commune de Macouria et de celle de Matoury se sont volontairement confinés, suite à une décision collective prise par tous les chefs coutumiers, alors que leurs villages étaient encore épargnés par la maladie mais faisaient l'objet de nombreux va-et-vient entre eux. Il faut dire aussi que ce nouveau virus leur rappelait les terribles épidémies des premiers contacts avec les colons venus en Guyane dans les siècles passés. Les anciens n'ont jamais oublié. Un véritable couvre-feu a également été instauré, laissant seulement passer les infirmières qui travaillent auprès des habitants de ces villages.

Irène Bellier, sans doute l'une des anthropologues les mieux informées sur la situation de ces populations autochtones dans le monde, évoque également dans sa contribution à ce numéro des Cahiers de l'OPPEE les événements associés aux prises en charges coutumières, en particulier dans les villages Lokono, de la pandémie de Covid-19 en Guyane française. On peut également mesurer l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les populations autochtones au Brésil, à travers la contribution de Ana Zema dans ce même numéro.

Outre le contraste observé au niveau du mode de gouvernance, on peut aussi s'interroger sur l'usage reconnu ou non de la pharmacopée traditionnelle en Guyane française en temps de crise épidémique. Le recours à la pluralité des savoirs et aux pratiques médicales locales a pu être à nouveau confirmé dans les enquêtes menées entre 2016 et 2017 par Marc-Alexandre Tareau à travers les parcours thérapeutiques des habitants du littoral guyanais, populations amérindiennes, noires-maronnes, créoles et migrantes, mettant en lumière des logiques de complémentarité ou de substitution. Un usage très précis de cette pharmacopée a pu être également étudié en Guyane française durant l'épidémie de Covid-19, par cette même équipe⁹.

Mais l'usage de ces pharmacopées caribéennes et latino-américaines durant la pandémie de Covid-19 peut prendre parfois une importance remarquable dans certaines régions, comme en Martinique, où « l'herbe à pique » (*Neurolaena lobata*) a connu un succès considérable et est devenue « une célébrité végétale » dans les Petites-Antilles grâce aux médias et à la circulation des savoirs qui contribue à transformer ces plantes médicinales en marqueurs culturels pour de nombreuses populations insulaires caribéennes. Marc Alexandre Tareau et Guillaume Odonne ont tout particulièrement étudié, du point de vue ethnobotanique, cette popularité soudaine née avec la pandémie de Covid-19 qui a bénéficié d'un engouement collectif qui a largement dépassé le cercle familial et le jardin médicinal domestique. Leur contribution dans ce numéro illustre d'autre part ce qui constitue une autre particularité de la pharmacopée créole métissée : « ces plantes médicinales possèdent elles aussi une histoire culturelle faite de périodes d'effacement, de résurgences et de réappropriations successives ». Nous ne trancherons pas ainsi, de ce point de

⁹ Voir dans Marc-Alexandre TAREAU, *Pharmacopées métissées en Guyane. Une phytothérapie en mouvement*, Saint-Denis, Orphie et G. Doyen éditions, 2026 et dans Glwadys FORSANS, Marc-Alexandre TAREAU et Claude FLAMAND, « Utilisation des plantes médicinales en Guyane française : influences et défis pour les stratégies de prévention dans le contexte de la pandémie de COVID-19 », *Les Cahiers de l'OPPEE*, numéro 6, second semestre 2024, p. 51-66.

vue, la question de savoir si l'« herbe à pique » est une plante plus guadeloupéenne que martiniquaise...

Les aspects religieux dans ce contexte épidémique ont pris une place considérable dans de nombreuses populations. Les rituels funéraires qui n'ont pu être organisés comme il convient dans de nombreuses communautés ont provoqué de nouveaux traumatismes, comme dans les sociétés autochtones, heurtant des systèmes de croyances et des modes de vie ancestraux, sans parler des fosses communes, des morts inaccessibles dans des dépositaires des hôpitaux des villes modernes. D'une manière plus générale, la spiritualité a été mise à l'épreuve dans ces moments de grande incertitude, de forte perturbation des croyances médicales et religieuses locales. Quentin Moscato dans sa contribution nous montre l'impact qu'a eu cette recherche de spiritualité sur les personnes âgées d'origine étrangère (originaires du Maghreb et de l'Afrique subsaharienne) dans les hôpitaux de l'Est de la France hexagonale durant la crise Covid-19. Ancrée ou non dans une tradition religieuse, cette recherche de spiritualité constitue un cadre pour interpréter cette pandémie, pour donner un sens aux événements que ces personnes âgées traversent, de resituer ces événements liés à la crise épidémique dans une conception du monde plus familière, à l'opposé parfois des savoirs scientifiques qui accompagnent les discours des soignants. Quentin Moscato nous montre ainsi que « les savoirs religieux ne fonctionnent pas comme un système explicatif uniforme, mais comme un ensemble de ressources interprétatives continuellement réappropriées et redéfinies par les personnes ».

À un autre niveau, la contribution du professeur Mohamed Fadil se propose d'analyser l'articulation entre les registres de légitimité scientifique et religieuse dans des contextes de sécularisation différenciée, en particulier au Maroc où la forte régulation étatique du champ religieux a favorisé une convergence entre les légitimités scientifiques et religieuses qui a renforcé l'adhésion de la population aux politiques sanitaires. Mohamed Fadil nous montre ainsi comment « la maladie devient un langage moral révélant les rapports entre norme, transgression et sanction. Et dans le contexte musulman, ce type d'interprétation a également circulé dans certains discours religieux contemporains ». Les institutions religieuses ont été ainsi confrontées aux exigences des systèmes sanitaires contemporains, au confinement généralisé, à la distanciation sociale, à la suspension des pratiques cultuelles collectives, « ce qui a rendu plus visible une tension structurelle entre la rationalité biomédicale, centrée sur la gestion du risque et la préservation de la vie, et la logique religieuse du salut, fondée sur d'autres registres de sens et de réparation ». Au Maroc, ces tensions n'ont pas empêché l'autorité religieuse de devenir un relais essentiel de la politique de santé publique et d'accompagner la gestion de la crise sanitaire. Le compromis sécularisé moderne a fini par s'imposer à une très large majorité de la population marocaine.

Enfin, dans un autre contexte religieux, celui de l'Union des Comores, la contribution de Said Nassor Abeid, Amina Yssouf et Mhadji Naouirou met en lumière la stigmatisation marquée des malades, des rumeurs persistantes sur l'origine de la maladie et des résistances culturelles aux mesures barrières, notamment la fermeture des lieux de culte et l'interdiction des mariages

traditionnels. Entre peurs collectives, croyances locales et recompositions sociales, l'expérience comorienne de la Covid-19 nous montre comment les populations locales ont intériorisé, interprété et négocié les mesures de prévention dans un contexte socio-culturel marqué par des traditions orales fortes, une économie informelle prédominante et des réseaux de solidarité communautaire structurés. « Loin d'être un simple réceptacle passif des messages sanitaires, la société comorienne a produit ses propres interprétations de la maladie, oscillant entre adhésion aux recommandations internationales et résistance fondée sur des croyances locales, des rumeurs et des expériences antérieures avec le système de santé ».

Si nous reprenons nos perspectives théoriques d'intervention en anthropologie médicale, nous retombons presque systématiquement sur ces confrontations de savoirs et sur les conditions d'une collaboration plus positive entre médecine, santé publique et sciences sociales. On peut ainsi considérer avec Pascal Canthébras que « ce que l'ethnologue saurait de plus que le médecin, c'est l'importance des cercles qui entourent le soin médical et la place de la rencontre patient/soignant dans un réseau de valeurs et de significations (la maladie n'est qu'un des malheurs parmi d'autres, le médecin n'est qu'un des recours possibles, les représentations culturelles et les formes sociales influencent toute rencontre médicale, etc.)¹⁰ ». On peut ainsi considérer qu'à ce niveau, ce que l'anthropologue pourrait apporter au médecin c'est un savoir directement applicable (la langue, la classification des maladies, les conduites socialement valorisées, etc.), avec aussi un élargissement de la perspective, une meilleure attention au contexte.

Les autorités en santé en France ont assez récemment tenté de développer des actions de médiation en santé, de nouveaux métiers, « pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention »¹¹. Cette perspective s'inscrit dans le registre de la lutte contre les inégalités sociales en santé, afin d'aider les personnes en situation de vulnérabilités qui sont trop éloignées du soin et de la prévention, ce qui les empêche d'aller au bout de leur parcours de santé. L'enjeu de cette médiation est alors de convaincre ces populations de son utilité, qu'elles soient mieux intégrées au droit commun. Durant l'épidémie de Covid-19 des actions de ce type ont été menées auprès des Gens du voyage, par exemple en Nouvelle-Aquitaine, mais aussi en Guyane française pour des populations marginalisées, parfois d'origine étrangère.

On reste ici bien en deçà des capacités de collaboration qu'offrent la clinique psychiatrique transculturelle, avec des personnels soignants formés à l'interculturalité, ou encore des médiateurs en santé travaillant dans les espaces de soin des hôpitaux de Cayenne et de Saint-Laurent-du-Maroni durant l'épidémie de Sida, qui étaient majoritairement des ethnologues de terrain, parlant la langue créole haïtienne ou le *sranan tongo* des noirs-marrons du fleuve Maroni et ayant également des connaissances assez poussées sur la médecine

¹⁰ Pascal CANTHEBRAS, « A propos de l'anthropologie médicale appliquée », in *Anthropologie, santé, maladie : autour d'études de cas*, Toulouse, AMADES, 1994, p.25-33.

¹¹ Voir dans *La Santé en action*, numéro 460, juin 2022.

traditionnelle de ces différentes communautés, leurs croyances médicales et religieuses.

Les leçons que nous apportent une attention plus poussée et des analyses mieux ciblées sur les impacts de l'épidémie de Covid-19 doivent encore faire l'objet de nos travaux au sein de l'OPPEE mais si ce numéro apparaît réellement comme une suite du précédent numéro sur *le pluralisme culturel*, il conviendrait de revenir dans les prochains numéros sur davantage d'approches économiques, juridiques, politistes, médicales et d'aborder le cas des nouvelles épidémies mondiales ou plus localisées, à l'image d'Ebola qui menace encore les populations des régions centrales et côtières du continent africain.

Entre craintes collectives et résistances socio-culturelles : aperçu anthropologique de l'expérience de la pandémie de Covid-19 aux Comores

Said Nassor ABEID

*PhD en anthropologie génétique et biologie moléculaire
Enseignant-chercheur à l'Université des Comores*

Amina YSSOUF

*PhD en entomologie
Responsable du laboratoire d'entomologie- PNL*

Mhadji NAOUIROU

*MD, MPH
Directeur de La lutte contre la Maladie, Ministère de la santé
Union des Comores*

La pandémie de COVID-19, déclarée par l'Organisation mondiale de la Santé le 11 mars 2020¹, a constitué un événement sanitaire majeur ayant profondément bouleversé le mode de vie des sociétés à l'échelle planétaire. Avec plus de 600 millions de cas confirmés et six millions de décès recensés dans le monde, cette crise a, sans aucun doute, mis en évidence les vulnérabilités des systèmes de santé, mais également les spécificités culturelles dans l'appréhension et la gestion des catastrophes sanitaires dues aux maladies infectieuses émergentes et réémergentes. L'Afrique, longtemps considérée comme le continent le moins touché en termes de mortalité directe, n'a pas été épargnée par les répercussions ethno-sociétales, économiques et anthropologiques de cette pandémie.

L'Union des Comores, archipel de quatre îles situé à l'entrée septentrionale du canal du Mozambique entre Madagascar et la côte orientale de l'Afrique, illustre particulièrement bien ces enjeux. Avec une superficie totale de 2 236 km² et une population estimée à 853 987 habitants en 2023, ce petit État insulaire a enregistré son premier cas de COVID-19 le 30 avril 2020, se classant parmi les cinq derniers pays africains à être touchés par la pandémie (ref). Malgré ce décalage temporel, le pays a connu trois vagues épidémiques successives liées aux variants Beta, Delta et Omicron, avec plus de 8 000 cas confirmés et 160 décès officiels².

Ce qui distingue l'expérience comorienne de la COVID-19, ce n'est pas tant l'ampleur épidémiologique de la crise que la manière dont la population a

¹ En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-Covid-19---11-march-2020>

² En ligne : <https://stopcoronavirus.km/assets/images/Communique%20628.jpg>;

intériorisé, interprété et négocié les mesures de prévention dans un contexte socio-culturel marqué par des traditions orales fortes, une économie informelle prédominante et des réseaux de solidarité communautaire structurés³. Loin d'être un simple réceptacle passif des messages sanitaires, la société comorienne a produit ses propres interprétations de la maladie, oscillant entre adhésion aux recommandations internationales et résistance fondée sur des croyances locales, des rumeurs et des expériences antérieures avec le système de santé.

Cet article propose une réflexion anthropologique et de santé publique sur cette expérience vécue, en s'appuyant sur les résultats d'une enquête de grande ampleur réalisée entre le 10 mars et le 3 avril 2023 sur l'ensemble du territoire national. Il s'agit de comprendre comment les Comoriens ont perçu la menace sanitaire, quels canaux d'information ils ont privilégiés, comment ils ont adopté ou contourné les mesures barrières, et quelles traces psychosociales et culturelles la pandémie a laissées dans la société archipélique. L'objectif n'est pas d'évaluer la riposte gouvernementale, déjà abondamment documentée, mais de saisir le vécu intime et collectif d'une population confrontée à une crise sanitaire profonde et sans précédent dans son histoire récente.

I. Cadre théorique et méthodologique

A. Le paradigme anthropologique de la santé en contexte africain

L'anthropologie de la santé en Afrique s'est longtemps intéressée aux rapports complexes que les populations entretiennent avec la maladie, la médecine moderne et les systèmes de soins traditionnels. Les travaux fondateurs de Paul Farmer⁴ sur les inégalités structurelles en matière de santé, ou ceux de Didier Fassin⁵ sur les politiques de l'épidémie, ont montré que la compréhension d'une crise sanitaire ne saurait se réduire à ses seules dimensions épidémiologiques. La maladie est aussi un fait social total qui mobilise les croyances, les représentations, les rapports de pouvoir et, plus particulièrement, les dynamiques communautaires.

Dans le contexte comorien, cette approche s'avère particulièrement pertinente. L'archipel connaît une pluralité de systèmes de représentation de la maladie, où coexistent la médecine, les pratiques traditionnelles et les interprétations religieuses. Les études antérieures sur le paludisme, le choléra et d'autres maladies infectieuses aux Comores ont déjà mis en évidence cette hybridité dans les recours thérapeutiques et les comportements de prévention⁶. La COVID-19 s'inscrit dans cette continuité tout en introduisant une nouveauté : pour la première fois, la population était confrontée à une maladie à la fois

³ En ligne : <https://lagazettedescomores.com/société/publication-des-résultats-de-l'enquête-sur-l'économie-informelle.html> ; <http://www.damirbenali.com/wp-content/doc/G.M..10.07.13.pdf>;

⁴ *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (2003); *Fevers, Feuds, and Diamonds: Ebola and the Ravages of History* (2020).

⁵ Quand les corps se souviennent : *Droit d'asile et politiques de l'indivisibilité* (2006) ; *Le gouvernement des vies : Une anthropologie politique de la précarité* (2010).

⁶ En ligne : <https://tsingy.univ-reunion.fr/251>; <https://carnets-oi.univ-reunion.fr/806> ; <https://www.croix-rouge.fr/riposte-renforcer-la-reponse-mondiale-aux-epidemies/comores-genre-et-epidemie-briser-le-silence-pour-soigner-autrement>;

inconnue, médiatisée à l'échelle mondiale et associée à des mesures restrictives sans précédent.

Le cadre théorique mobilisé ici s'inscrit dans cette tradition anthropologique qui considère la santé comme un phénomène socioculturel, inscrit dans des contextes historiques et politiques spécifiques. Il s'agit de dépasser l'approche comportementale classique des enquêtes CAP pour saisir les significations que les acteurs attribuent à leurs pratiques, les logiques sociales qui sous-tendent leurs choix et les tensions entre normes sanitaires globales et réalités culturelles locales.

B. Méthodologie de l'enquête

L'étude a reposé sur une méthodologie mixte, combinant une enquête quantitative de type CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) et une enquête qualitative par focus groups. La collecte des données s'est déroulée sur l'ensemble du territoire national, couvrant les trois îles principales de l'Union des Comores : Ngazidja (Grande Comore), Ndzuani (Anjouan) et Mwali (Mohéli). L'échantillon quantitatif, constitué selon une méthode d'échantillonnage probabiliste, a totalisé 3 923 répondants. La répartition respectait les proportions démographiques des îles : 50 % à Ngazidja, 40 % à Ndzuani et 10 % à Mwali. Les critères d'inclusion concernaient les hommes et femmes âgés de 18 à 60 ans, résidant dans les localités sélectionnées depuis au moins six mois et aptes à donner leur consentement éclairé.

Sur le plan qualitatif, huit focus groups ont été conduits auprès de 64 acteurs communautaires, répartis en trois catégories : les représentants d'associations et d'ONG de jeunes, les représentants d'associations et d'ONG de femmes, et le personnel de santé. Ces entretiens ont permis d'approfondir les dimensions interprétatives, émotionnelles et culturelles de l'expérience de la pandémie, inaccessibles par le seul questionnaire standardisé.

C. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

La composition sociodémographique de l'échantillon a reflété assez fidèlement la structure de la population comorienne. Les femmes représentaient 59,3 % des répondants, avec un sex-ratio masculin/féminin de 1,49 à Ngazidja, 1,42 à Ndzuani et 1,45 à Mwali. La tranche d'âge des 30-45 ans constituait la plus forte proportion (35,9 %), suivie de la tranche des 46-60 ans (24,0 %) et de celle des 18-24 ans (22,0 %). La majorité des répondants étaient mariés (62,3 %) et de nationalité comorienne (98,8 %).

Concernant le niveau d'instruction, 33,3 % des répondants avaient un niveau secondaire, 28,7 % un niveau supérieur et 14,0 % étaient non scolarisés. Notons un écart significatif entre les sexes : 54 % des femmes étaient sans emploi contre 27 % des hommes, ce qui traduit les inégalités structurelles d'accès à l'emploi dans l'archipel. L'île de Ndzuani affichait le taux de chômage le plus élevé, avec 72 % de femmes sans emploi.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des répondants selon l'île

Caractéristique	Ngazidja	Ndzouani	Mwali	Total
Effectif (N)	1 848	1 529	546	3 923
Femmes (%)	59,8	58,8	59,2	59,3
18-24 ans (%)	19,9	23,5	24,9	22,0
30-45 ans (%)	37,1	35,8	32,6	35,9
Mariés (%)	58,4	66,8	62,5	62,3
Niveau secondaire (%)	35,2	28,4	32,2	33,3
Sans emploi (%)	33,2	57,6	35,9	43,2

II. Des connaissances largement diffusées mais des représentations contrastées

A. Une notoriété quasi universelle du coronavirus

Les résultats de l'enquête ont révélé une connaissance quasi universelle (94,1 %) de l'existence du coronavirus au sein de la population comorienne. Ce taux élevé traduit l'efficacité relative des campagnes d'information, mais aussi l'impact de la médiatisation intense dont la pandémie a fait l'objet à l'échelle mondiale. La radio, média historiquement dominant dans l'archipel, constitue la principale source d'information pour 54,3 % des répondants, suivie de la télévision (27,3 %) et des réseaux sociaux (18,3 %).

Toutefois, cette notoriété masque des disparités significatives entre les îles. C'est à Ndzouani qu'on a observé le pourcentage le plus élevé de personnes n'ayant jamais entendu parler du coronavirus (12,2 %), contre 5,0 % à Mwali et 4,2 % à Ngazidja. Ces écarts peuvent s'expliquer par des différences d'accès aux médias ou de couverture des campagnes de sensibilisation. L'île de Ndzouani, plus rurale et moins desservie par les infrastructures de communication, apparaît ainsi comme un espace de moindre pénétration des messages sanitaires.

B. La perception de la maladie : entre danger biologique et soupçon politique

Interrogés sur ce qu'ils savent du coronavirus, la majorité des répondants l'a défini comme une maladie contagieuse et mortelle, tandis que très peu (26,0 %) l'ont qualifié simplement de maladie. Cette perception majoritaire d'une menace sanitaire sérieuse constitue un prérequis favorable à l'adoption des comportements préventifs. Cependant, des représentations alternatives ont émergé et témoignent d'un rapport critique, voire suspicieux, à l'égard du discours officiel.

Ainsi, une infime partie des répondants a considéré la COVID-19 comme étant « *un programme du gouvernement* » ou un « *projet de santé* », des formulations qui, bien que minoritaires, traduisent une perception instrumentalisée de la maladie faisant allusion à une vision complotiste. Ces représentations, qui assimilaient la pandémie à une construction politique plutôt qu'à une réalité biologique, ont trouvé un écho plus significatif dans les entretiens qualitatifs. Plusieurs acteurs communautaires ont évoqué le déni initial de la maladie, certains affirmant que la COVID-19 était une stratégie gouvernementale pour contrôler la population ou une manœuvre politique visant à maintenir les citoyens dans leurs foyers.

Les données qualitatives ont enrichi considérablement cette analyse. Les focus groups ont révélé une diversité de représentations qui allaient au-delà des catégories préétablies du questionnaire. Pour certains, la COVID-19 serait : « *apparue en décembre 2019 en Chine, par suite d'une manipulation de laboratoire* ». D'autres l'assimilaient à une maladie liée au changement de saison, une interprétation qui trouve son ancrage dans les représentations traditionnelles des maladies respiratoires dans la région. Cette pluralité de représentations témoigne d'une appropriation locale du phénomène pandémique, où le discours biomédical coexiste avec des interprétations empruntant aux registres politiques, environnementaux et religieux.

C. Les modes de transmission : connaissances partielles et croyances persistantes

La connaissance des modes de transmission du SARS-CoV-2 a révélé des acquis significatifs mais aussi des lacunes inquiétantes. La grande majorité des répondants avait connaissance des voies de transmission les plus importantes. Cependant, des croyances erronées sur les causes de la maladie ont été notées comme : la transfusion sanguine, les piqûres de moustique, la saleté, voire « *une punition divine* ».

Ces réponses erronées offrent un aperçu fondamental quant aux comportements de prévention. En effet, celui qui pense que le virus se transmet par piqûre de moustiques ou par la colère divine n'adoptera pas les mêmes comportements protecteurs que celui qui en connaît les voies aériennes et de contact.

Par ailleurs, l'analyse par île a révélé des disparités notables. À Ndzouani, 13,6 % des répondants ont déclaré ne pas savoir comment le virus se transmet, contre 18,8 % à Mwali. Ngazidja affiche le meilleur niveau de connaissance. Ces écarts géographiques renvoient aux inégalités d'accès à l'information et de qualité de la sensibilisation entre les différentes îles de l'archipel.

III. Les canaux de communication : entre médiatisation institutionnelle et réseaux informels

A. La radio et la télévision : médias de référence, mais avec des limites

La radio constituait le canal d'information préférentiel pour 54,3 % des répondants, suivie de la télévision (27,3 %). Ce bipartisme médiatique reflète la structure de l'écosystème informationnel comorien, où la radio constitue le média le plus large en matière de couverture géographique, notamment dans les zones rurales où l'électricité est intermittente et où les appareils radio fonctionnent sur piles.

Toutefois, les données qualitatives nuancent cette apparente domination des médias de masse. Les acteurs communautaires ont insisté sur le fait que la radio et la télévision sont suivies par très peu de gens dans certaines communautés, notamment celles isolées où le signal est faible. La presse écrite, quant à elle, n'a pratiquement pas été mentionnée dans les focus groups, confirmant sa marginalité dans un pays où le taux d'alphabétisation, bien qu'en progression, demeure limité et où la culture orale prédomine⁷.

Les réseaux sociaux ont émergé comme un canal d'information croissant, cités par 18,3 % des répondants dans l'enquête quantitative mais considérés comme beaucoup plus influents dans les entretiens qualitatifs. WhatsApp, Facebook et les messages viraux constituent des vecteurs puissants de circulation de l'information, mais aussi de désinformation. Paradoxalement, c'est par ces canaux numériques que les rumeurs les plus persistantes se sont propagées, créant un défi majeur dans la gestion de la crise⁸.

B. Le personnel de santé : figure de confiance majeure

La grande majorité des enquêtés ont déclaré accorder leur plus grande confiance au personnel de santé (surtout les agents de santé communautaires) concernant les informations sur le coronavirus, suivie par les membres de la famille. Toutefois, cette observation doit être considérée avec prudence, car dans la société comorienne, la famille dépasse très largement la cellule nucléaire⁹. Ceci change extraordinairement le rapport de confiance entre le personnel de santé et la population. En effet, nous pourrions ainsi penser que la confiance accordée aux professionnelles de santé pourrait plutôt relever de la proximité affective et relationnelle qui les lie au patient.

Ensuite, une partie non négligeable des répondants a cité les leaders communautaires et les chefs religieux comme personnes de confiance pour recevoir les informations liées à la maladie.

Cette hiérarchie de la confiance revêt une importance stratégique considérable pour la planification des interventions de santé publique. Elle suggère que les campagnes de communication canalisées par le personnel de santé, notamment les agents de santé communautaires (ASC), ont plus de

⁷ En ligne : <https://shs.cairn.info/les-voix-de-l-archipel--9791037040534-page-29?lang=fr>

⁸ The COVID-19 social media infodemic » (Cinelli et al., Scientific Reports, 2020) : <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73510-5>

⁹ En ligne : https://www.persee.fr/doc/homig_1142-852x_1998_num_1215_1_3217

chances d'être entendues et acceptées que celles diffusées par des porte-parole institutionnels ou politiques.

Les focus groups confirment ce constat en citant les ASC parmi les canaux de communication les plus fiables, aux côtés des leaders religieux et des associations villageoises.

Toutefois, cette confiance n'est pas exempte de méfiance. Les données qualitatives ont révélé des épisodes de méfiance envers le personnel de santé, notamment au début de la pandémie lorsque certains soignants étaient perçus comme vecteurs de la maladie ou comme agents d'une politique sanitaire imposée par une politique internationale. Ces épisodes de défiance, bien que temporaires, ont laissé des traces dans la mémoire collective et influencent encore aujourd'hui la relation entre la population et le système de santé.

C. Les langues de communication : le défi de l'appropriation locale

La question des langues utilisées pour diffuser les messages de prévention révèle un enjeu fondamental d'appropriation culturelle. Pour la grande majorité, la langue locale (le shikomori ou les dialectes des différentes îles) serait la langue privilégiée pour recevoir les informations sur la COVID-19. Cette préférence massive pour la langue vernaculaire soulève une question cruciale : dans quelle mesure les campagnes de sensibilisation, souvent conçues et diffusées en français ou en arabe, atteignent-elles réellement leur public cible ?

Ce questionnement appelle alors à une adaptation linguistique des méthodes et stratégies de communication qui privilégie la langue locale comme vecteur principal.

IV. Attitudes et pratiques : la tension entre mesures barrières et cadre socioculturel

A. L'adhésion déclarée aux mesures de prévention

L'enquête a révélé un niveau d'adhésion aux mesures préventives globalement élevé.

Le lavage des mains avec du savon et de l'eau, pratique préconisée par 65,7 % des répondants comme moyen de prévention, trouve un ancrage culturel fort dans la société comorienne. Au-delà de la COVID-19, cette pratique est ancrée dans les habitudes hygiéniques développées dans le cadre de la lutte contre d'autres maladies infectieuses, notamment le choléra qui a affecté l'archipel par le passé. Ce qui apparaît comme une mesure barrière contre le coronavirus s'inscrit en réalité dans un ensemble de pratiques hygiéniques déjà ancrées dans l'empreinte comportementale d'une grande partie de la population.

B. Les mesures les plus difficiles à respecter : un révélateur culturel

L'analyse des mesures jugées difficiles à respecter offre un éclairage anthropologique précieux sur les tensions entre normes sanitaires et cadre socioculturel. Le port du masque, bien qu'obligatoire au plus fort de la crise, a été identifié comme la mesure la plus difficile à respecter. Cependant, la

particularité du climat aurait joué un rôle non négligeable dans cette forme de résistance car les températures élevées et l'humidité ambiante ont sans doute rendu le port prolongé du masque particulièrement inconfortable dans un pays tropical. Par ailleurs, c'est sur le plan culturel que les résistances ont été les plus marquées. La fermeture des mosquées, a suscité des réactions vives dans une société où la pratique religieuse constitue un pilier central de la vie sociale. Comme le souligne un participant aux focus groups : « *La fermeture des mosquées était un mépris de la part des autorités car la mosquée est le lieu où nous demandons la protection d'Allah en cas de problème* ».

De même, la limitation des rassemblements à 50 personnes, particulièrement lors des cérémonies de mariage, a été perçue comme une atteinte aux obligations sociales fondamentales. Dans la société comorienne, les cérémonies collectives constituent des moments essentiels de réaffirmation des liens communautaires et de solidarité¹⁰. Restreindre ces rassemblements revenait à fragiliser le tissu social, ce qui explique la résistance observée¹¹. Les salutations corporelles, traditionnellement marquées par la poignée de main, l'accolade ou l'embrassade, ont été remplacées par des salutations verbales (49,5 %) ou des gestes de la main (47,8 %), témoignant d'une recomposition rapide mais provisoire des rituels de sociabilité.

V. La stigmatisation : une anthropologie de la peur et de l'exclusion

A. Une stigmatisation généralisée et multiforme

Les résultats de l'enquête ont révélé un phénomène de stigmatisation massif des personnes associées à la COVID-19.

La stigmatisation ne visait pas seulement les patients confirmés, mais s'étendait à leur entourage familial et social. Les résultats quantitatifs montrent que 11,6 % des répondants déclarent qu'un membre de leur famille a été attrapé par la COVID-19, une proportion qui varie selon les îles. Cependant, le taux de déclaration personnelle d'infection reste faible (8,4 %), ce qui peut traduire soit une exposition effective limitée, soit une réticence à déclarer une infection stigmatisante.

Les entretiens qualitatifs offrent des illustrations poignantes de cette stigmatisation. Les participants évoquaient le cas de patients qui, en se rendant à l'hôpital et en mentionnant leurs symptômes, ont été stigmatisés par le personnel soignant et ont fini par abandonner leur démarche de soins. D'autres relataient la peur collective suscitée par les transferts de malades vers les hôpitaux, perçus comme des condamnations à mort : « *Il y avait un moment où tous les malades transférés à l'hôpital mouraient. On n'avait pas confiance dans les hôpitaux* ». Ces témoignages illustrent la construction sociale d'une association entre COVID-19 et mortalité hospitalière, renforçant ainsi la stigmatisation et la défiance.

¹⁰ En ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05384886v1/document>;
https://www.persee.fr/doc/jafr_0399-0346_1996_num_66_1_1100;

¹¹ En ligne : <https://journals.openedition.org/lhomme/21511?lang=fr>

B. L'évolution temporelle de la stigmatisation

Les données qualitatives permettent de saisir l'évolution temporelle de la stigmatisation. Au début de la pandémie, celle-ci était particulièrement virulente. Les participants aux focus groups évoquaient un climat de terreur où « *il était pardonnable de lâcher un pet en public plutôt que de tousser* », selon l'expression imagée d'un interviewé. Ce climat de suspicion généralisée s'appliquait à tout symptôme respiratoire, transformant la toux en un marqueur social potentiellement infamant.

Au fil du temps, la stigmatisation a drastiquement diminué. Cette atténuation s'explique par la maîtrise progressive de la pandémie tant en termes de connaissances que de prise en charge. La baisse de la létalité perçue, l'expérience de guérisons et la banalisation relative du virus ont contribué à réduire la peur collective et, partant, la stigmatisation. Toutefois, les séquelles sociales et psychologiques de cette période de stigmatisation intense persistent et méritent une attention particulière dans le cadre des politiques de santé publique.

La stigmatisation observée aux Comores s'inscrit dans un phénomène global documenté dans de nombreux pays¹². Ce mécanisme, observé également dans l'archipel comorien, constitue un obstacle majeur à la détection précoce et à la prise en charge des cas, renforçant ainsi la chaîne de transmission.

VI. Rumeurs et croyances : une résistance épistémique aux avancées biomédicales

A. Le spectre des rumeurs pendant la pandémie

L'enquête qualitative a révélé une prolifération de rumeurs pendant la période de la COVID-19, illustrant ce que l'OMS a qualifié d'infodémie. Ces rumeurs peuvent être classées en plusieurs catégories selon leur objet : l'origine de la maladie, la nature du virus, l'efficacité des traitements, la dangerosité des vaccins et les intentions cachées des autorités.

Concernant l'origine, les rumeurs les plus répandues évoquaient une manipulation de laboratoire chinois, une stratégie gouvernementale pour tuer les gens avec des médicaments (le « *Covid-business* ») ou une manœuvre politique pour contrôler les populations. Ces interprétations conspiratrices, loin d'être marginales, ont circulé largement dans les réseaux sociaux et les conversations informelles, concurrençant le discours biomédical officiel.

Les vaccins ont fait l'objet de rumeurs particulièrement virulentes. Désignés sous le terme péjoratif de « *vaccin kun fayakun* » (une expression coranique déformée évoquant la création instantanée), ils étaient accusés de contenir des puces pour contrôler les individus, de provoquer des maladies mortelles ou d'être un outil de réduction de la population. D'autres rumeurs, plus paradoxales, affirmaient que les vaccins guérissaient les maladies rhumatismales, amélioraient la fertilité ou augmentaient la libido. Cette ambivalence des

¹² En ligne : [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X\(20\)30477-8/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X(20)30477-8/fulltext);

rumeurs, oscillant entre dénonciation et survalorisation, témoigne de la confusion informationnelle qui a régné pendant la pandémie.

B. Les racines anthropologiques de la désinformation

L'analyse anthropologique de ces rumeurs permet de dépasser l'approche moralisante qui les réduit à de simples « *fausses croyances* » pour faire ressortir les fonctions sociales et symboliques. Dans un contexte où le discours biomédical est perçu comme étranger et imposé de l'extérieur, les rumeurs constituent une forme de résistance épistémique, une manière pour la population de réaffirmer son autonomie interprétative face à un savoir sanitaire hégémonique.

Le caractère soudain et mondial de la pandémie, associé à l'absence de traitement connu, a créé un vide que les rumeurs ont contribué à combler. Face à l'incertitude et à la peur, les récits conspirateurs offraient une forme de sens, aussi terrifiante soit-elle, plus rassurante que le néant de réponse.

Les données de l'enquête montrent que les personnes sans instruction et les plus jeunes sont plus susceptibles de partager ces croyances erronées, bien que les rumeurs aient touché toutes les catégories sociodémographiques. Cette corrélation entre le niveau d'instruction et la résistance aux rumeurs souligne l'importance de l'éducation aux médias et de la promotion de l'esprit critique dans les stratégies de communication sanitaire. Toutefois, il convient de ne pas réduire le phénomène à une simple question d'ignorance : les rumeurs répondent aussi à des besoins de cohésion groupale, de refus face au changement et de préservation de l'identité culturelle.

VII. Discussion

Les résultats de cette étude ont permis de formuler plusieurs constats qui dépassent le seul cas comorien pour éclairer les dynamiques anthropologiques de la pandémie de COVID-19 dans les sociétés africaines et insulaires. Le premier constat concerne l'articulation entre connaissance et comportement. Si la connaissance du coronavirus est largement diffusée, elle ne se traduit pas mécaniquement par des pratiques préventives optimales. Le décalage entre le savoir et le faire, bien documenté dans la littérature en santé publique¹³, trouve ici des illustrations concrètes dans la difficulté à respecter certaines mesures barrières pour des raisons culturelles, religieuses, économiques et climatiques.

Le deuxième constat porte sur le rôle des médias et de la communication dans la construction de la représentation de la maladie. La radio, medium traditionnellement dominant, demeure le canal de référence, mais les réseaux sociaux émergent comme un espace de circulation informationnelle de plus en plus influent. Cette dualité médiatique crée un phénomène de double exposition : les populations sont simultanément exposées aux messages institutionnels et aux rumeurs virales, ce qui complique considérablement la tâche des acteurs de santé publique.

Le troisième constat concerne la stigmatisation comme phénomène social structurant de la pandémie. Avec deux tiers de la population déclarant que la

¹³ En ligne : <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2025.1699666> ; <https://doi.org/10.3390/healthcare14010011>

COVID-19 a généré une stigmatisation, il s'agit d'un enjeu majeur qui mérite d'être intégré dans les plans de préparation aux futures pandémies. La stigmatisation n'est pas un effet collatéral secondaire : elle constitue un obstacle direct à la détection précoce, à la prise en charge et à l'adhésion aux mesures des urgences de santé publique¹⁴. Son analyse anthropologique révèle qu'elle est indissociable des représentations de la maladie, des rapports de confiance envers le système de santé et des dynamiques communautaires.

Le quatrième constat soulève la question de la résistance culturelle aux mesures sanitaires. La fermeture des lieux de culte, la limitation des rassemblements et les restrictions des salutations physiques ont été perçues comme des atteintes aux fondements de la vie sociale et spirituelle. Ces résistances ne sont pas de simples 'obstacles' à surmonter : elles expriment des valeurs et des pratiques constitutives de l'identité collective. Toute stratégie de prévention efficace doit prendre en compte ces dimensions culturelles et travailler avec les acteurs religieux et communautaires pour adapter les mesures aux réalités locales.

Enfin, les rumeurs et croyances alternatives observées aux Comores s'inscrivent dans un phénomène global d'infodémie qui a marqué la pandémie de COVID-19 dans le monde entier. Toutefois, leur forme et leur contenu sont profondément ancrés dans le contexte local. Le « *vaccin kun fayakun* », la « *stratégie gouvernementale pour tuer les gens* » ou l'association entre COVID-19 et changement de saison sont des récits qui puisent dans les ressources symboliques disponibles localement pour donner sens à un événement inédit. Cette observation appelle à une approche de la lutte contre les rumeurs qui ne se contente pas de diffuser des informations correctives, mais qui comprend les fonctions sociales et psychologiques des récits alternatifs.

VIII. Conclusion

L'expérience de la COVID-19 en Union des Comores révèle les multiples façons dont une société archipélique africaine a négocié sa confrontation à une pandémie mondiale. Entre l'adhésion aux recommandations sanitaires internationales et l'affirmation de ses propres cadres interprétatifs, la population comorienne a développé une expérience hybride qui défie les catégorisations simples. Ni totalement soumise aux normes globales, ni entièrement réfractaire au discours biomédical, elle a produit des formes de bricolage culturel qui méritent d'être comprises dans leur complexité.

Sur le plan des connaissances, le niveau de notoriété du coronavirus est correct, mais des lacunes persistantes dans la compréhension des modes de transmission et des groupes à risque appellent à des efforts soutenus de sensibilisation. Sur le plan des attitudes, la confiance envers le personnel de santé constitue un atout majeur qui devrait être davantage mobilisé dans les stratégies de communication. Sur le plan des pratiques, l'adhésion aux mesures de base (lavage des mains) est bonne, mais les mesures plus contraignantes (port du masque, restriction des rassemblements) butent sur des obstacles culturels et économiques qui requièrent des approches contextualisées.

¹⁴ En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3> ; <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/92ea128d-a585-4b31-9b7f-e21dbf81d24a/content>

La stigmatisation, les peurs collectives et les rumeurs constituent les séquelles les plus préoccupantes de cette pandémie. Elles témoignent d'une crise de confiance entre la population et les institutions sanitaires qui, si elle n'est pas adressée, pourrait affecter la réponse aux futures crises sanitaires. La construction d'une relation de confiance repose sur une communication transparente, l'implication des acteurs communautaires et le respect des spécificités culturelles dans la conception et la mise en œuvre des mesures de santé publique.

L'Union des Comores, comme de nombreux autres pays africains, a fait preuve d'une résilience remarquable face à la pandémie. Cette résilience ne réside pas seulement dans la faible mortalité constatée, mais aussi dans la capacité des communautés à préserver leurs liens sociaux, à maintenir leurs pratiques spirituelles malgré les restrictions et à développer des stratégies d'adaptation face à l'incertitude. Ces ressources communautaires, souvent ignorées par les approches top-down de la santé publique, constituent pourtant des leviers précieux pour renforcer la préparation et la réponse aux futures épidémies.

Au-delà de l'urgence sanitaire, cette étude invite à réfléchir sur les modes de gouvernance de la santé dans les contextes de ressources limitées. Elle suggère que l'efficacité des interventions sanitaires ne dépend pas seulement de leur fondement scientifique, mais aussi de leur capacité à s'intégrer et à s'ancrer dans les représentations sociétales, les pratiques ethnoculturelles et les institutions locales.

À Dieu ce qui est à Dieu, à Hippocrate ce qui est à Hippocrate.

Quel rôle pour le religieux dans la gestion de la pandémie en contextes de sécularisation différenciées ?

Mohamed FADIL

Professeur de sociologie

Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Fes-Maroc

Si les épidémies et les pandémies se présentent avant tout comme des urgences de santé publique, elles ont souvent été appréhendées, dans les sciences sociales, à travers le prisme du religieux, qui demeure l'un des cadres les plus influents pour interpréter leur origine et envisager les voies du salut¹. Ce constat relève d'une longue histoire de prééminence du religieux sur le sanitaire. Histoire qui se manifeste aussi bien dans l'implication des autorités religieuses dans le soin des âmes et des corps que dans leur rôle central, au sein de nombreuses traditions et jusqu'à des périodes relativement récentes, dans la fondation et la gestion des hôpitaux, ainsi que dans l'exercice des professions médicales et infirmières par leurs membres et leurs institutions².

Avec l'avènement des sociétés modernes et l'essor des sciences biomédicales, les rapports entre religion et santé ont connu une profonde reconfiguration. La prise en charge de la santé s'est progressivement institutionnalisée, devenant l'affaire de spécialistes du champ médical et de laboratoires et hôpitaux. La légitimité médicale ne repose désormais plus sur les corpus religieux, mais sur les données probantes et l'expertise scientifique³. Ce déplacement du centre de gravité n'a cependant pas entraîné la disparition automatique du religieux du champ de la santé. Qu'il s'agisse de concepts et pratiques comme la baraka, la bénédiction, la *ruqya*, la prière, le jeûne, la méditation... ou encore des pratiques de guérison spirituelle, le religieux continue de s'imposer comme une ressource symbolique et pratique dans les expériences de la maladie et de la guérison, résistant ainsi aux tentatives de son éviction du domaine de la santé⁴. Sur un plan plus général, le débat demeure ouvert entre les thèses annonçant le déclin du religieux, celles postulant son

¹ Voir à ce propos OSENBERG Charles E., *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

² DERICQUEBOURG Régis, « Sociologie des religions et des religiosités parallèles. Les groupes religieux minoritaires à vocation thérapeutique (religions de guérison) », dans *École pratique des hautes études. Section des sciences religieuses. Annuaire*, t. 107, 1998-1999, Paris, École pratique des hautes études, 1998, p. 487-494, p. 487.

³ FAURE Olivier, « Médecine et religion : le rapprochement de deux univers longtemps affrontés » [en ligne], *Chrétiens et sociétés*, 2013 [consulté le 2 mai 2021]. URL : <http://journals.openedition.org/chretienssocietes/3318>

⁴ KOENIG Harold G., « Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications » [en ligne], *ISRN Psychiatry*, vol. 2012, article ID 278730, 2012 [consulté le 5 mai 2026]. URL : <http://downloads.hindawi.com/archive/2012/278730.pdf>

retour, et celles soutenant qu'il n'a jamais véritablement disparu, mais qu'il a plutôt reconfiguré ses modes de présence afin de s'adapter aux conditions de la modernité et de la sécularisation⁵.

Les épidémies constituent des moments privilégiés pour observer cette relation mouvante. En tant que situations de crise, elles mettent à l'épreuve les frontières entre explication scientifique et interprétation religieuse, tout en révélant les négociations concrètes entre institutions sanitaires et religieuses dans l'espace public⁶. La pandémie de Covid-19 a réactivé ces interrogations avec une intensité particulière. Si, dans de nombreuses sociétés fortement sécularisées, les réponses scientifiques se sont imposées comme le cadre principal de gestion de la crise sanitaire, elles n'ont cependant pas entièrement neutralisé les formes de résistance, de contestation ou de réappropriation religieuse qui ont émergé dans certains espaces socioculturels périphériques. Mais qu'en est-il dans des contextes où la sécularisation demeure plus limitée et où le religieux conserve encore une place institutionnelle et symbolique centrale dans l'organisation du politique et du social, comme au Maroc ?

Cette interrogation invite à déplacer le regard vers des configurations où les frontières entre sanitaire et religieux se présentent sous des formes sensiblement différentes. En effet, le cas du Maroc se révèle tout aussi significatif, en raison de la singularité de son système politico-religieux. En effet, le Roi y concentre une double légitimité, politique et religieuse, incarnée par son statut d'*Amir al-Mouminine* (commandeur des croyants) et par sa présidence des institutions officielles régissant le champ religieux⁷. Dans un tel cadre, la pandémie ne questionne pas uniquement les rapports entre religion et santé, mais met également à l'épreuve les effets du monopole étatique sur l'encadrement de la foi en temps de crise sanitaire.

À partir de ces interrogations, cette étude se propose d'analyser la relation entre religion et santé lors de la pandémie de Covid-19 dans des contextes de sécularisation différenciés. Elle cherche ainsi à déterminer si la pandémie a renforcé la logique de rationalisation scientifique au détriment des interprétations religieuses de la maladie, ou si elle a au contraire révélé la persistance de ces lectures dans les contextes étudiés.

Pour répondre à cette question, l'analyse s'articule autour de trois niveaux complémentaires. Le premier propose un cadre socio-anthropologique consacré aux rapports entre religion et santé en contexte épidémique. Le deuxième s'intéresse aux manifestations religieuses ayant accompagné la pandémie à l'échelle internationale, à partir d'un corpus centré principalement sur les six premiers mois de 2020, avec une attention particulière portée au cas de la France⁸. Enfin, le troisième niveau se concentre sur le cas du Maroc, en analysant

⁵ Voir à ce propos les travaux de Marcel Gauchet et Olivier Roy, notamment : GAUCHET Marcel, *La religion dans la démocratie. Parcours de la laïcité*, Paris, Gallimard, 1998 ; ROY Olivier, *La Sainte Ignorance. Le temps de la religion sans culture*, Paris, Seuil, 2008.

⁶ GARIÉPY Gilbert, « Religion, pastorale et soins spirituels en milieu de santé », dans LEFEBVRE Solange (dir.), *La religion dans la sphère publique*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2005, p. 152-170.

⁷ Voir à ce propos: WATERBURY John, *The Commander of the Faithful: The Moroccan Political Elite. A Study in Segmented Politics*, London, Weidenfeld & Nicolson, 1970

⁸ Le cas de la France est à cet égard révélateur : il met en lumière, d'une part, la forte mobilisation des institutions centrales autour d'une gouvernance fondée sur l'expertise scientifique et, d'autre

le rôle de l'État dans la régulation du champ religieux durant la pandémie, ainsi que la mobilisation des institutions officielles pour accompagner les politiques sanitaires, orienter les pratiques sociales et produire des formes de conformité collective à travers l'articulation entre légitimités scientifique et religieuse. L'ensemble de ces trois niveaux sera analysé à la lumière du schéma proposé par David M. Olster : péché, châtement, repentir, salut⁹, qui servira de fil conducteur et de cadre transversal pour décrypter les lectures tragiques et religieuses de la maladie à chaque étape de la réflexion.

Le temps de l'épidémie : le sanitaire à l'épreuve du religieux

Quand les dieux se mettent en colère

Dans son récit consacré à la vie d'Apollonius de Tyane, l'orateur grec Philostrate rapporte un épisode marquant survenu dans la cité d'Éphèse, frappée par un fléau terrible menaçant son existence même. Face à cette catastrophe, les autorités religieuses affirmèrent qu'il fallait accomplir un sacrifice pour calmer la colère des dieux. Apollonius désigna alors comme victime un mendiant étranger, que la foule lapida à mort. Une fois le geste accompli, les habitants découvrirent avec stupeur que celui qu'ils avaient sacrifié n'était pas un homme, mais un démon caché sous l'apparence d'un vieillard aveugle. Son corps disparut aussitôt, et avec lui l'épidémie qui ravageait la ville¹⁰.

Ce récit concentre, sous une forme symbolique, une longue histoire des représentations humaines des grandes catastrophes, notamment épidémiques. Pendant des siècles, celles-ci ont été envisagées comme relevant d'une causalité divine. En effet, on les interprétait comme la manifestation de la colère céleste s'abattant sur des hommes coupables d'avoir transgressé les limites fixées par les dieux. Par ailleurs, cette lecture ne se limite pas à la seule logique du châtement. L'épidémie constitue également une épreuve, testant la patience, la fidélité et la persévérance des croyants vertueux, tout en offrant aux pécheurs une ultime possibilité de saisir le sens du message, de se repentir et de rechercher le salut avant qu'il ne soit trop tard¹¹. Dans cette perspective, les dimensions biomédicales de l'épidémie n'apparaissent que comme les manifestations visibles d'un désordre plus profond ; la cause véritable se situe en effet dans les grands récits religieux, où l'épidémie devient un instrument à la fois de

part, les tensions, débordements et reconfigurations symboliques portés par certaines marges religieuses et sociales.

⁹ OLSTER David M., *Roman Defeat, Christian Response, and the Literary Construction of the Jew*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1994.

¹⁰ PHILOSTRATE, *La vie d'Apollonius de Tyane*, traduction, introduction et notes par Alexis Chassang, Genève, L'Arbre d'Or, 2007, p. 198-199.

¹¹ CHREIBER Jean-Philippe, « La religion à l'épreuve de la pandémie » [en ligne], *Observatoire des Religions et de la Laïcité (ORELA)*, 2020 [consulté le 2 juin 2026]. URL: <https://o-re-la.ulb.be/index.php/rapports-sp-1746043843/item/3325-la-religion-a-l-epreuve-de-la-pandemie-de-coronavirus-fevrier-juin-2020>.

destruction, de purification et de régénération divine¹². Elle signe ainsi tout à la fois la fin d'un ordre jugé corrompu et l'ouverture vers la possibilité d'un nouvel ordre restauré.

Les religions monothéistes ont largement hérité de cette conception, déjà présente dans les univers polythéistes, en l'intégrant au cœur de leurs propres récits sacrés. Dans les traditions bibliques comme coraniques, le malheur collectif, et notamment l'épidémie, apparaît fréquemment comme le signe d'une intervention divine à la fois punitive, éprouvante et rédemptrice.

Ainsi, dans le Livre de l'Exode, la destruction s'inscrit explicitement dans la logique du jugement divin lorsque Dieu annonce aux Égyptiens : « *Car cette nuit je passerai au milieu du pays d'Égypte, et je frapperai tous les premiers-nés du pays d'Égypte, depuis les hommes jusqu'aux animaux. Et j'exercerai des jugements contre tous les dieux de l'Égypte. Je suis le Seigneur* » (Exode 12:12). Cette articulation entre châtiment et rédemption se précise davantage dans les Chroniques : « *Quand je fermerai les cieux et qu'il n'y aura point de pluie... s'il y a une peste parmi mon peuple, si mon peuple s'humilie, prie et cherche ma face... alors j'exaucerai des cieux, je pardonnerai leur péché et je guérirai leur pays* » (2 Chroniques 7:13-14), où l'épidémie devient le lieu d'une possible réconciliation avec le divin.

Cette même structure interprétative se retrouve dans le texte coranique. Le verset : « *Ne vois-tu pas ceux qui sortirent de leurs demeures... ? Puis Dieu leur dit : "Mourez", puis il les fit revivre* » (Coran, 2:243) évoque, selon certaines exégèses classiques, notamment celle du fameux exégète Al-Tabari, un peuple ayant cherché à fuir une épidémie, mais rattrapé par la volonté divine¹³. Plus encore, dans la tradition prophétique islamique, un recueil canonique comme *Sahih al-Bukhari* (l'Authentique d'Al-Bukhari) prolonge cette interprétation en décrivant la peste comme un châtiment divin susceptible, pour les croyants qui l'endurent avec patience et soumission, de se muer en miséricorde et de leur conférer le statut de martyr. Ainsi, dans les trois monothéismes, l'épidémie se donne à voir à la fois comme sanction, avertissement et horizon de salut¹⁴.

C'est précisément cette structure d'interprétation que le chercheur américain David M. Olster met en lumière dans son ouvrage *The Roman Defeat, Christian Response, and Literary Construction among Jews* (1994)¹⁵. Il propose ainsi une grille de lecture simple mais très significative : péché — châtiment / repentir — salut. Dans cette logique, le péché entraîne inévitablement le châtiment, tandis que le repentir ouvre la voie au salut et au retour à l'ordre. Pour Olster, ce schéma atteint son expression la plus forte dans le christianisme byzantin du VII^e siècle, une époque marquée par une accumulation de

¹² LÉVY Joseph Josy, « L'apocalypse dans les représentations de l'épidémie du VIH/sida : du religieux au médiatique » [en ligne], *Frontières*, vol. 25, no 2, 2013 [consulté le 3 mai 2026], p. 41-55. URL : <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2013-v25-n2-fr01393/1024938ar/>

¹³ AL-ṬABARĪ Muḥammad ibn Jarīr, *Jāmi' al-bayān 'an ta'wīl āy al-Qur'ān*, éd. critique, introduction et notes par 'Abd Allāh ibn 'Abd al-Muḥsin al-Turkī, Le Caire, Dār Hajr, 2001, t. 4, p. 412-432.

¹⁴ AL-BUKHĀRĪ Muḥammad ibn Ismā'īl, *Ṣaḥīḥ al-Bukhārī*, éd. critique, introduction et notes par Muḥammad Zuhayr ibn Nāṣir al-Nāṣir, Damas / Beyrouth, Dār Ṭawq al-Najāh, 2002, vol. 7, *Kitāb al-ṭibb*, bāb *Ajra al-ṣābir fī al-tā'ūn*, ḥadīth no 5734.

¹⁵ OLSTER David M., *Roman Defeat, Christian Response, and the Literary Construction of the Jew*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1994.

catastrophes : invasions perses, conquête islamique et mémoire encore vive de la peste de Justinien. Face à ces crises, les clercs chrétiens ont interprété les événements comme l'expression de la colère divine contre les hommes pécheurs, la repentance apparaissant comme l'unique chemin vers l'apaisement et la délivrance. Dans cette même veine, l'historien des religions occidentales Nicolas Balzamo montre que la période de la peste noire a été marquée par une intensification spectaculaire des pratiques d'autoflagellation. Un constat qui exprimait à la fois la reconnaissance du péché, la volonté de purification et l'espérance d'obtenir le salut. Le phénomène prit une telle ampleur que la papauté fut contrainte d'intervenir afin de l'interdire¹⁶. Une telle réaction témoigne de l'extrême profondeur de l'intériorisation religieuse de la catastrophe, au point où le corps lui-même devient le support privilégié de l'expiation.

Dans certains cas, cette logique d'interprétation peut aller encore plus loin, jusqu'à inscrire le fléau dans une lecture eschatologique. En effet, explique Jean Delumeau dans *La peur en Occident* (1978), les grandes épidémies ont fréquemment nourri des imaginaires apocalyptiques annonçant la fin du monde terrestre et l'avènement d'un ordre céleste nouveau. Cette représentation s'est particulièrement enracinée dans certaines sensibilités religieuses occidentales, notamment au sein de courants évangéliques américains attachés à l'attente du retour du Christ et à l'instauration du Royaume de Dieu¹⁷. À l'époque contemporaine, ces lectures catastrophistes ont trouvé un nouveau terrain d'expression dans la médiatisation intense du sida durant les années 1980, période au cours de laquelle la maladie fut interprétée, dans plusieurs registres religieux, comme l'indice d'un désordre moral généralisé et l'expression d'un châtement collectif.

Le précédent du sida : religion, morale et interprétation de l'épidémie

L'épidémie du sida a constitué, bien avant le Covid-19, un précédent majeur dans l'histoire contemporaine des rapports entre religion, maladie et salut. Sa nature biologique, son mode de transmission principalement sexuel et sa diffusion rapide dans les années 1980, notamment au sein des populations homosexuelles, ont favorisé des interprétations religieuses fondées sur la logique du châtement divin. Le sida n'a ainsi pas seulement été perçu comme une maladie, mais comme un phénomène investi d'une forte charge morale et théologique.

Comme le montre Joseph Josy Lévy dans son article *L'apocalypse dans les représentations de l'épidémie du VIH/sida : du religieux au médiatique*, certains courants évangéliques américains ont interprété le sida comme une nouvelle peste biblique, inscrite dans une continuité symbolique associant rébellion contre Dieu, corruption morale et présence démoniaque. L'épidémie

¹⁶ BALZAMO Nicolas, « De la peste noire au coronavirus : l'Église face aux fléaux » [en ligne], *L'Obs*, 2020 [consulté le 20 mai 2026]. URL : <https://www.nouvelobs.com/societe/20200409.AFP5366/de-la-pest-noire-au-coronavirus-l-eglise-face-aux-fleaux.html>

¹⁷ DELUMEAU Jean, *La peur en Occident (XIV^e-XVIII^e siècles). Une cité assiégée*, Paris, Fayard, 1978, p. 262.

devenait alors à la fois sanction et signe eschatologique, annonçant le retour du Christ et l'instauration du règne divin. Une interprétation qui traçait une frontière morale entre ceux perçus comme déviants et ceux considérés comme fidèles à la loi divine¹⁸. Il est pourtant à mentionner que Cette vision ne surgit pas avec le sida, mais s'inscrit dans une tradition discursive plus ancienne. Des figures évangéliques influentes comme Pat Robertson et Jerry Falwell avaient déjà fait de l'homosexualité un symbole du désordre moral menaçant l'humanité. L'apparition du sida est venue, dans cette perspective, confirmer un récit déjà établi plutôt que produire une théologie nouvelle.

Du côté catholique, la réponse fut plus ambivalente. Contrairement aux lectures évangéliques à tonalité apocalyptique, l'Église catholique a progressivement développé une approche plus pastorale à l'égard des malades, notamment en mobilisant une part importante de ses infrastructures de soins dans les régions africaines les plus touchées¹⁹. Toutefois, cette implication humanitaire s'est accompagnée de positions doctrinales parfois en tension avec les politiques de santé publique. Son opposition persistante au préservatif, ainsi que son insistance sur la chasteté et la monogamie comme voies légitimes de prévention, illustrent cette tension²⁰. La maladie devient ainsi le lieu d'un affrontement entre rationalité biomédicale et éthique religieuse du corps et de la sexualité.

Des représentations similaires apparaissent dans les traditions juive et musulmane, bien que leur intensité varie selon les courants et les niveaux d'orthodoxie. Dans le contexte juif, Immanuel Jakobovits, médecin et ancien grand rabbin du Royaume-Uni, voit la pandémie comme la conséquence d'un mode de vie contraire aux normes morales de la Halakha, notamment les homosexuels et ceux qui s'écartent de l'institution religieuse du mariage. « Nous pouvons voir dans cette épreuve particulière qui a frappé une partie de la société la conséquence d'un mode de vie moralement inacceptable »²¹ confirme-t-il. La maladie devient ainsi un langage moral révélant les rapports entre norme, transgression et sanction.

Dans le contexte musulman, ce type d'interprétation a également circulé dans certains discours religieux contemporains. On en trouve une illustration chez Yusuf al-Qaradawi, l'une des figures sunnites les plus influentes de son temps (Décédé en 2022). Dans une intervention diffusée sur la fameuse chaîne

¹⁸ LÉVY Joseph Josy, « L'apocalypse dans les représentations de l'épidémie du VIH/sida : du religieux au médiatique » [en ligne], *Frontières*, vol. 25, no 2, 2013 [consulté le 5 mai 2026], p. 41-55. URL: <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2013-v25-n2-fr01393/1024938ar/>.

¹⁹ UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013*, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2013.

²⁰ Une inflexion semble apparaître dans la position de l'Église catholique sur l'usage du préservatif avec Benoît XVI. Dans un entretien avec Peter Seewald, publié dans le livre *Lumière du monde* (2010), le pape admet que le préservatif peut être envisagé dans certains cas pour réduire le risque de contamination, y voyant une première étape vers une sexualité plus responsable. Toutefois, le Vatican a rapidement précisé que cette déclaration ne constituait pas un changement doctrinal : l'usage du préservatif demeure considéré comme moralement problématique dans l'enseignement officiel de l'Église.

²¹ JAKOBOVITS Immanuel, « *Halachic Perspectives on AIDS* », *Jewish Medical Ethics*, vol. II, n° 1, Jérusalem, Schlesinger Institute for Medical Halachic Research, 1991, p. 6. Disponible sur : [Schlesinger Institute – Halachic Perspectives on AIDS](#) (consulté le 6 mai 2026). (notre traduction de l'anglais).

Al Jazeera, dans l'émission *La Charia et la vie*, il associe explicitement le sida à la déviance morale et sexuelle, mobilisant à la fois le Coran et le hadith pour présenter l'épidémie comme conséquence directe de l'immoralité (Yusuf al-Qaradawi, Al Jazeera, *La Charia et la vie*) :

Tout d'abord, je veux rappeler que la première cause de la diffusion et de l'apparition de cette maladie est la déviance, la déviance par rapport à la nature voulue par Dieu et à Sa loi. La cause réside dans les pratiques sexuelles illicites : « Et n'approchez pas la fornication. C'est une turpitude et quel mauvais chemin ! ». Le Prophète, que la prière et la paix soient sur lui, a mis en garde contre cette épidémie dans un hadith rapporté par Ibn Maja et al-Hakim, disant : « Aucune immoralité ne se manifeste dans un peuple au point d'être pratiquée ouvertement sans que Dieu ne fasse s'abattre sur eux la peste et des maladies que leurs prédécesseurs n'avaient pas connues ». ... La cause fondamentale de cette maladie, appelée syndrome d'immunodéficience acquise, est que Dieu a placé dans le corps humain des soldats, des gardiens, qui le protègent contre tout corps étranger ; mais l'homme est devenu une forteresse sans gardiens. Tout cela est le résultat de la déviance et de la propagation de l'immoralité²².

Ce type de positionnement, largement partagé par de nombreux clercs et institutions religieuses, a contribué à renforcer la stigmatisation des personnes vivant avec le sida. En inscrivant la maladie dans une logique punitive, ces discours ont transformé une réalité sanitaire et biomédicale en marqueur moral, alimentant des mécanismes d'exclusion sociale et symbolique.

Mais la question religieuse dans l'épidémie ne se limite pas à l'interprétation de son origine ni à son inscription dans une logique punitive ; elle engage également les manières de penser le salut et la réponse collective au malheur (restrictions, confinement...). D'un point de vue scientifique, la justification des restrictions apparaît claire puisque les rassemblements religieux pouvant constituer des foyers majeurs de propagation. Or, l'épidémie, même reconnue comme réalité sanitaire, n'efface pas pour autant le religieux, dont la logique entre souvent en tension avec les impératifs scientifiques, notamment autour des lieux de culte²³. L'opposition se cristallise ainsi entre rationalité scientifique, centrée sur la prévention du risque, et rationalité religieuse, orientée vers la réparation symbolique du mal.

La pandémie de Covid-19 a réactivé avec une intensité particulière cette opposition, d'abord dans les interprétations religieuses de l'origine du mal, puis dans les manières d'envisager les voies du salut. En effet, le confinement généralisé, la distanciation sociale et la suspension des pratiques culturelles collectives ont placé, à l'échelle mondiale, les institutions religieuses face aux exigences des systèmes sanitaires contemporains. Cette confrontation a rendu visible une tension structurelle entre la rationalité biomédicale, centrée sur la gestion du risque et la préservation de la vie, et la logique religieuse du salut,

²² AL-QARADÂWÎ Yûsuf, « L'islam et les malades du sida » [en ligne], *Al-Sharî'a wa al-Hayât* (La charia et la vie), Al Jazeera [consulté le 15 mai 2006]. URL : <https://www.aljazeera.net/programs/religionandlife/2006/6/15/%D8%A7%D9%84%D8%A5%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85-%D9%88%D9%85%D8%B1%D8%B6%D9%89-%D8%A7%D9%84%D8%A5%D9%8A%D8%AF%D8%B2>. (Notre traduction de l'arabe)

²³ PAQUET Christophe, « Les épidémies : dimensions culturelles et religieuses » [en ligne], *Agence française de développement*, 2014 [consulté le 5 mai 2026]. URL : https://media.collegedesbernardins.fr/content/pdf/Recherche/2/recherche14-16/2014_11_18_EHS_developpement_cr.pdf

fondée sur d'autres registres de sens et de réparation. Dans la suite de cette étude, nous analyserons cette tension à partir de données issues d'un corpus couvrant les six premiers mois de l'année 2020, période qui représente le point culminant de la rencontre, et parfois de la confrontation, entre la pandémie et le monde, médiée par les systèmes sanitaires contemporains. L'analyse suivra un mouvement allant du contexte international global, façonné par la mondialisation du virus, vers des contextes locaux marqués par leurs spécificités historiques, culturelles et religieuses.

L'ère de la Covid-19 : Engagement du centre et débordement de la marge

L'origine : la colère divine face à la causalité biologique

À l'échelle générale, de nombreux indices montrent que les modalités de lecture de l'origine de la pandémie par les grandes institutions religieuses en Occident se sont caractérisées par une certaine modération. Ainsi, un rapport présenté au Parlement français, consacré aux formes d'interaction entre les religions et la crise de la Covid-19, a confirmé que la plupart des responsables religieux, en France comme à l'échelle mondiale, ont adopté une attitude globalement pragmatique et empreinte de responsabilité. Plus encore, ce rapport a précisé, de manière détaillée, que les différentes autorités religieuses en France ont, dans l'ensemble, adopté un discours scientifique pour interpréter l'origine de la pandémie, la considérant ainsi comme une « maladie infectieuse respiratoire d'origine virale, susceptible d'avoir été transmise de l'animal à l'être humain »²⁴. Reconnaisant ce constat, le chercheur Olivier Roy soutient que, sur le plan officiel, les grandes religions (christianisme, islam et judaïsme) ont, du moins en Europe, adopté un raisonnement analogue à celui des autorités sanitaires civiles pour expliquer l'origine de la pandémie²⁵.

Cet engagement des institutions religieuses centrales vis-à-vis de l'explication scientifique du phénomène épidémique, telle qu'adoptée par les pouvoirs publics dans les sociétés sécularisées, dépasse la simple reconnaissance de l'autorité civile, ce que l'on pourrait résumer par « rendre à César ce qui est à César ». Elle témoigne également d'une forme de délégation épistémique, autrement dit d'un « rendre à Hippocrate ce qui est à Hippocrate », consistant à reconnaître aux experts médicaux la légitimité de définir et d'interpréter le phénomène sanitaire²⁶. Pourtant, ces positions ne sauraient toutefois épuiser

²⁴ SÉNAT, *Santé publique : pour un nouveau départ. Leçons de l'épidémie de Covid-19*. Rapport d'information n° 199 (2020-2021), fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la Covid-19 et de sa gestion, par Catherine Deroche, Bernard Jomier et Sylvie Vermeillet, Paris, Sénat, 2020, p. 24.

²⁵ ROY Olivier, « Le croyant est-il un consommateur comme un autre ? » [en ligne], *L'Obs*, 8 mai 2020 [consulté le 5 juin 2026]. URL : <https://www.nouvelobs.com/idees/20200508.OBS28544/le-croyant-est-il-un-consommateur-comme-un-autre-par-olivier-roy.html>

²⁶ SÉNAT, *Santé publique : pour un nouveau départ. Leçons de l'épidémie de Covid-19*. Rapport d'information n° 199 (2020-2021), fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la Covid-

l'ensemble des expressions religieuses suscitées par la pandémie. En effet, certains individus et instances religieuses, marginaux dans l'ensemble, ont emprunté des chemins différents du consensus mentionné autour de l'interprétation scientifique de cette pandémie. Dans ce contexte, Olivier Roy identifie deux ensembles de discours minoritaires qui s'écartent de ce consensus : d'une part, des lectures minimisant la gravité de la pandémie et de ses risques ; d'autre part, des interprétations la présentant comme une sanction infligée par Dieu à l'humanité pécheresse²⁷.

La première manifestation de cette tendance, bien que minoritaire, investit un espace religieux fortement structuré et étroitement lié aux sphères de décision politique. Elle regroupe des leaders religieux évangéliques proches du président américain Donald Trump (premier mandat), à l'instar du pasteur Jerry Falwell, connu pour avoir, dès les années 1980, stigmatisé les malades du sida en les associant à une forme de péché méritant punition. À ce groupe s'ajoutent le président brésilien de l'époque Jair Bolsonaro ainsi que son cercle de conseillers religieux. Cette catégorie inclut également, souligne Roy, les animateurs du site « Le Salon beige » en France, une plateforme influente relayant les positions des franges les plus radicales du catholicisme français sur des questions controversées telles que l'avortement, le mariage entre personnes de même sexe, ou encore la gestion du pluralisme religieux et la place du religieux dans l'espace public. S'y rattache également l'ancien ministre israélien de la Santé puis du Logement, le rabbin ultra-orthodoxe Yaakov Litzman, qui a été contraint de démissionner à deux reprises en raison de ses positions radicales face à la pandémie et à sa gestion.

Une deuxième manifestation de cette tendance se situe davantage du côté des milieux religieux populaires et correspond à ce qu'Olivier Roy désigne comme le « club des prophètes de malheur ». Ceci regroupe en fait des prêtres catholiques, de mollahs chiites, ainsi que de prédicateurs salafistes et rabbins juifs. Malgré la diversité de leurs appartenances, ces acteurs religieux partagent une même lecture de la pandémie, l'interprétant comme une manifestation de la colère divine, en cohérence avec une grille de lecture classique associant le malheur au péché et à la punition (le schéma d'Olster).

Mais la place du religieux dans le contexte épidémique ne se limite pas à la question de l'origine du mal. Elle s'étend aussi à la manière de penser les voies du salut. Car une fois l'épidémie installée comme réalité objective, avec ses données biologiques, ses courbes de mortalité et ses protocoles médicaux, la religion ne disparaît pas ; elle continue d'occuper une place singulière dans la manière dont les sociétés donnent sens à l'épreuve. La gestion d'une épidémie implique souvent des mesures lourdes : confinement, réorganisation des modes de vie, limitation des contacts, transformation des échanges sociaux, économiques et politiques. Cette logique devient particulièrement sensible lorsqu'elle touche au domaine du religieux, notamment lorsqu'elle impose le

19 et de sa gestion, par Catherine Deroche, Bernard Jomier et Sylvie Vermeillet, Paris, Sénat, 2020, p. 24.

²⁷ ROY Olivier, « Le croyant est-il un consommateur comme un autre ? » [en ligne], *L'Obs*, 8 mai 2020 [consulté le 5 juin 2026]. URL : <https://www.nouvelobs.com/idees/20200508.OBS28544/le-croyant-est-il-un-consommateur-comme-un-autre-par-olivier-roy.html>

contrôle ou même la fermeture des lieux de culte²⁸. D'un point de vue scientifique, la justification est claire : les rassemblements religieux peuvent devenir des foyers majeurs de propagation des agents pathogènes.

Pourtant, ce raisonnement, aussi cohérent soit-il sur le plan scientifique, entre souvent en contradiction avec la logique propre de la foi religieuse. Si l'épidémie est perçue comme l'expression d'une colère divine, alors la réponse naturelle, du point de vue croyant, ne consiste pas à fermer les lieux de culte, mais au contraire à les ouvrir davantage. Car c'est précisément dans ces espaces que l'on implore le pardon, que l'on demande la miséricorde, et que l'on cherche collectivement une issue au malheur. Dans cette perspective, la prière collective devient moins un danger qu'une nécessité. C'est là que se cristallise l'opposition entre deux rationalités : l'une scientifique et technique, fondée sur la prévention du risque ; l'autre religieuse et métaphysique, orientée vers la réparation symbolique et spirituelle. Cette tension explique en grande partie les résistances récurrentes aux fermetures des lieux de culte observées dans de nombreux contextes épidémiques. Et cette problématique n'appartient pas au passé. Elle continue de structurer le présent. La pandémie de Covid-19 l'a rappelé avec force lorsque, à ses moments les plus critiques, une grande partie de l'humanité s'est retrouvée confinée, tandis que les activités religieuses collectives étaient suspendues et l'accès aux lieux de culte interdit.

Le salut : la chaleur du religieux face à la froideur du technique

Il convient de souligner que l'analyse des réactions suscitées par l'interdiction des activités religieuses et la fermeture des lieux de culte pendant la pandémie exige, comme pour les discours sur l'origine du mal, une distinction entre deux niveaux : d'une part, les positions des institutions religieuses centralisées ; d'autre part, les expressions émanant de milieux religieux plus marginaux, composés de fidèles et de leurs autorités de proximité. De manière générale, les institutions officielles des grandes traditions religieuses ont largement accompagné les décisions des autorités civiles. Ainsi, le Vatican a suspendu les célébrations publiques, annulé les prières hebdomadaires présidées par le pape François, et reporté deux événements majeurs : la Rencontre mondiale des familles et les Journées mondiales de la jeunesse. De même, plusieurs grands lieux de pèlerinage ont été fermés, y compris La Mecque, entraînant la limitation du pèlerinage, un des cinq piliers de l'islam. À des niveaux institutionnels moins centraux, la plupart des communautés religieuses, majoritaires comme minoritaires, ont également accepté les mesures de suspension des pratiques collectives. En effet, nombre de responsables religieux ont appelé leurs fidèles à respecter les consignes sanitaires, allant jusqu'à conférer une légitimité religieuse à ces restrictions au nom de la préservation de la vie humaine. Les institutions religieuses ont ainsi mobilisé un argument commun aux trois monothéismes : l'interdiction de mettre en danger sa propre vie ou celle d'autrui²⁹. En bref, face à l'urgence sanitaire, les institutions

²⁸ PAQUET Christophe, « Les épidémies : dimensions culturelles et religieuses » [en ligne], *Agence française de développement*, 2014 [consulté le 5 mai 2021]. URL : https://media.collegedesbernardins.fr/content/pdf/Recherche/2/recherche14-16/2014_11_18_EHS_developpement_cr.pdf

²⁹ ROY Olivier, « Le croyant est-il un consommateur comme un autre ? » [en ligne], *L'Obs*, 8 mai 2020 [consulté le 3 juin 2026]. URL :

religieuses officielles ont globalement privilégié l'adaptation et la coopération avec les logiques biomédicales.

À un autre niveau, il semble que le recul, au moins dans les discours religieux centraux, de l'idée de la colère et du châtement divins n'ait pas nécessairement entraîné un recul parallèle de l'idée du salut par un retour renforcé au religieux, notamment à travers l'intensification de la pratique collective. Cela demeure vrai même lorsque les institutions religieuses reconnaissent la nécessité de se conformer aux mesures sanitaires. Cette logique entre directement en tension avec une conception scientifique plus rigoureuse selon laquelle les grands rassemblements humains, qu'ils soient sportifs, familiaux, artistiques ou religieux, constituent, en période épidémique, des espaces privilégiés de propagation de l'infection³⁰.

Dans cette perspective, les rassemblements religieux ont été rapidement identifiés comme des facteurs majeurs de diffusion du Covid-19. Leur nature même, ainsi que la configuration des rituels qu'ils impliquent (proximité physique, partage d'objets, gestes collectifs, mobilité des fidèles) favorisent leur transformation en foyers épidémiques, d'abord au sein du groupe réuni, puis à l'échelle de la société après la dispersion des participants. L'exemple de Mulhouse, en France, est particulièrement révélateur. Les médias ont rapporté qu'un rassemblement de près de 2 500 fidèles évangéliques, organisé dans le cadre d'une semaine de prière entre le 17 et le 24 février 2020, aurait contribué à contaminer des milliers de participants et leurs proches, faisant de la région l'un des premiers foyers épidémiques du pays³¹. Dans la même logique, le journaliste allemand Jonathan Kay a recensé³², parmi 54 événements ayant fortement participé à la diffusion du virus en Allemagne durant les six premiers mois de 2020, neuf rassemblements religieux et cinq funérailles, aux côtés de fêtes, festivals, mariages ou anniversaires (Mayer, 2020)³³.

<https://www.nouvelobs.com/idees/20200508.OBS28544/le-croyant-est-il-un-consommateur-comme-un-autre-par-olivier-roy.html>

³⁰ Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, certains observateurs ont, par exemple, considéré qu'un match de football disputé le 19 février 2020 entre les équipes d'Atalanta Bergame et Valencia CF, à Milan en Italie, avait agi comme une véritable « bombe virale ». Selon cette analyse, les retombées de cet événement auraient affecté les deux pays (l'Italie et l'Espagne) ainsi que plusieurs autres régions importantes du continent, contribuant à une vague de propagation particulièrement intense du virus

³¹ Le Figaro, « Covid-19 : le rassemblement religieux de Mulhouse est-il responsable de l'épidémie en France ? » [en ligne], publié le 29 mai 2020 [consulté le 5 mai 2026]. URL : <https://www.lefigaro.fr/sciences/Covid-19-le-rassemblement-religieux-de-mulhouse-est-il-responsable-de-l-epidemie-en-france-20200529>

³² MAYER Jean-François, « Analyse : les Églises chrétiennes face au coronavirus — bilan intermédiaire et perspectives » [en ligne], *Religioscope*, publié le 26 avril 2020 [consulté le 20 avril 2026]. URL : <https://www.religion.info/2020/04/26/analyse-les-eglises-chretiennes-face-au-coronavirus-bilan-intermediaire-et-perspectives/>

³³ Ces contextes ont d'ailleurs offert au journal controversé *Charlie Hebdo* un terrain propice pour exprimer son goût pour la satire des religions et de leurs représentants. Ainsi, dans son édition du 1er avril 2020, il a publié un dossier préparé par la journaliste Inna Shevchenko, intitulé : « Coronavirus : Dieu, super-propagateur de l'infection ». On peut lire dans son introduction : « Avez-vous déjà léché un lieu sacré, bu de l'urine de vache ou vous êtes-vous rassemblés avec des centaines de personnes dans une même pièce pour réciter des incantations, au lieu de vous mettre en quarantaine afin d'éviter d'attraper le coronavirus ? Alors que les scientifiques et les responsables politiques travaillent sans relâche pour lutter contre la pandémie

En revanche, le fait de placer les rassemblements religieux dans la même catégorie que les réunions politiques, sportives ou festives, et de considérer les lieux de culte comme présentant un risque équivalent à celui des stades, salles de fête ou institutions civiles, demeure difficilement acceptable pour des sensibilités religieuses marquées par une logique métaphysique. Là où certaines activités civiles peuvent apparaître comme secondaires ou dispensables, la pratique religieuse est perçue comme une nécessité essentielle de consolation et de salut. Cette tension révèle l'un des défis majeurs de la gestion sanitaire contemporaine : concilier impératif de sécurité collective et liberté de pratique religieuse.

Il est particulièrement notable que l'une des expressions religieuses les plus marquantes et médiatisées de l'opposition aux modes médicaux de gestion de la pandémie ait émergé en France, à un moment particulièrement sensible de la crise, au début du mois de mars 2020, alors que plusieurs pays s'apprêtaient à imposer des confinements généralisés. Il s'agit d'un texte publié par l'évêque de Pontoise, Pascal Roland, dans lequel il développe explicitement l'idée que la gestion de la pandémie ne peut relever exclusivement des systèmes de santé civils et que les lieux de culte ne sauraient être pensés comme de simples espaces de contamination, mais comme des espaces de salut et de guérison. Ce texte, qui a provoqué une vive polémique en France avant d'être retiré par son auteur, reste particulièrement significatif pour comprendre la tension entre rationalité biomédicale et logique religieuse du salut, y compris dans les contextes les plus sécularisés.

Roland y écrit : « Plus que l'épidémie du coronavirus, nous devons craindre l'épidémie de la peur ! ... Je me refuse à céder à la panique collective et à m'assujettir au principe de précaution qui semble mouvoir les institutions civiles... Les chrétiens vont-ils cesser de se rassembler pour prier ? ... Il n'est pas opportun d'en rajouter... ». L'opposition à la logique sanitaire apparaît plus clairement lorsqu'il critique l'idée même de suspendre les rites religieux ou de modifier leurs modalités au nom de l'hygiène : « Loin de moi donc l'idée de prescrire la fermeture des églises, la suppression de messes ... l'imposition de tel ou tel mode de communion réputé plus hygiénique ... car une église n'est pas un lieu à risque, mais un lieu de salut... Une église doit demeurer ce qu'elle est : un lieu d'espérance ! ». Ces extraits condensent l'essentiel de son argument : la pandémie ne doit pas conduire à subordonner entièrement le religieux à la médecine, car les moyens de salut ne se réduisent pas aux protocoles techniques. D'autres passages insistent sur la critique d'une société qui « *prétend tout maîtriser* » grâce à la technique, oubliant sa fragilité et sa dépendance à Dieu ...³⁴.

L'intérêt de ce texte ne tient pas seulement à la clarté avec laquelle il oppose logique métaphysique et rationalité scientifique ; il réside aussi dans sa proximité frappante avec d'autres expressions observées ailleurs, dans des contextes beaucoup moins sécularisés que la France. En Iran, par exemple,

de Covid-19, les leaders religieux continuent de faire ce qu'ils font toujours le mieux : mettre les gens en danger » (Charlie Hebdo, 1 avril 2020).

³⁴ ROLAND Pascal, « Épidémie du coronavirus ou épidémie de peur ? » [en ligne], *Diocèse de Belley-Ars*, publié le 2 mars 2020 [consulté le 20 mai 2026]. URL : <http://www.nd-chretiente.com/dotclear/index.php?post/2020/03/04/Epidemie-du-coronavirus-ou-epidemie-de-peur>.

malgré les appels officiels à fermer certains sanctuaires chiites, des vidéos ont montré des fidèles embrassant ou léchant les lieux saints, affirmant qu'ils ne pouvaient être des foyers de contagion³⁵. Dans le même contexte chiite, une chanson diffusée en Irak par le célèbre chantre religieux Haider al-Bayati a constitué une expression particulièrement forte de cette logique de salut opposée aux dispositifs médicaux et sanitaires. Le texte affirme explicitement que ni le pouvoir politique ni la pandémie ne peuvent empêcher la visitation des sanctuaires :

« Le régime baasiste ne nous a pas empêchés de le visiter, alors, par Dieu, la Covid-19 ne nous en empêchera pas... ». Plus encore, la chanson associe directement la guérison à la proximité des lieux saints : « Nous nous réfugions auprès des tombes de la famille du Prophète et elles nous guérissent... Celui qui possède Ali ne se soumet pas à l'hôpital... Le remède contre la Covid réside dans son turban... »³⁶.

Dans les deux cas, le lieu sacré est pensé non comme espace de risque, mais comme espace de protection et de salut. Comme dans le texte de Pascal Roland, on retrouve dans la logique du chantre religieux iranien une opposition nette entre le salut religieux et les réponses biomédicales. L'hôpital, symbole de la médecine moderne, y est implicitement relativisé au profit de l'intercession sacrée. Cette logique a nourri diverses formes de désobéissance religieuse à travers le monde. En Inde, des rassemblements hindous massifs ont été maintenus malgré les alertes sanitaires, tandis qu'au Pakistan certaines mosquées ont refusé de suspendre les prières collectives, affirmant la primauté du devoir religieux sur les impératifs sanitaires. Le Maroc offre toutefois une configuration sensiblement différente, où les autorités religieuses et politiques ont privilégié une réponse coordonnée articulant les exigences de la santé publique aux référents de la légitimité religieuse.

Le cas du Maroc : gérer la pandémie dans un contexte de faible sécularisation

Mesures exceptionnelles, réponses radicales

Au Maroc, le religieux et le politique s'entrelacent sous l'égide de la Constitution. Cette configuration repose sur la qualité du Roi en tant que Commandeur des croyants (*Amir al-Mouminine*), qui lui confère une double légitimité, politique et religieuse. La Constitution lui reconnaît la mission de veiller au respect de l'islam et garantit à l'État un contrôle étroit du champ religieux³⁷. Celui-ci s'exerce à travers des institutions centralisées, notamment le ministère des *Habous* et des Affaires islamiques ainsi que le Conseil supérieur

³⁵ L'une de ces vidéos montre un individu embrassant les murs du sanctuaire de Fatima Masumeh, à Qom, tout en critiquant ceux qui ont cessé de s'y rendre, affirmant : « Arrêtez de manipuler les croyances des gens, il n'y a pas de virus dans les sanctuaires chiites ». <https://www.youtube.com/watch?v=jBfTbhFH-5Y>, consulté le 6 juin 2026.

³⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=LrXmavWurSU>, consulté le 6 juin 2026

³⁷ La Constitution marocaine de 2011 dispose que l'islam est la religion de l'État (article 3) et confère au roi le titre d'« Commandeur des croyants » (article 41).

des *Oulémas*³⁸. Comme dans de nombreux pays, la gestion de la crise sanitaire a rapidement intégré la dimension religieuse comme un enjeu central. L'instauration de l'état d'urgence sanitaire, le confinement généralisé et la fermeture des mosquées ont marqué une séquence inédite dans l'histoire religieuse récente du pays. La forte centralisation du champ religieux a permis aux autorités religieuses officielles d'imposer une définition légitime de la conduite à tenir face à la pandémie, en intégrant les impératifs sanitaires dans un raisonnement théologico-juridique. Toutefois, des voix dissidentes ont continué à défendre une autre économie du salut, fondée sur des schèmes religieux concurrents.

Le cas du prédicateur salafiste Abdelhamid Abou Naïm constitue une illustration emblématique de cette contestation des orientations religieuses et sanitaires promues par les autorités. Dans son intervention diffusée sur YouTube³⁹, celui-ci construit son raisonnement sur une inversion complète de la rationalité sanitaire dominante. Pour lui, la pandémie ne relève pas d'abord d'un ordre naturel ou biologique autonome, mais constitue une manifestation directe de la volonté divine, une épreuve ou un châtement adressé à une société ayant multiplié les signes de corruption morale et d'éloignement de la norme religieuse. Dans cette perspective, la causalité biomédicale se trouve relativisée, voire subordonnée, à une causalité théologique supérieure. Le virus n'est que l'instrument visible d'un désordre plus profond, d'ordre moral. Dès lors, la réponse adéquate ne peut être exclusivement technique (confinement, distanciation, fermeture des mosquées...) car ces mesures ne traitent que les symptômes et non la cause réelle du mal. Ce qui est requis, selon cette logique, est un retour collectif à Dieu à travers *la tawba* (le repentir), *l'istighfār* (la demande de pardon), l'intensification de la prière et la fréquentation accrue des mosquées. La mosquée devient ici non pas un espace de risque épidémiologique, mais le lieu même de la réparation morale et de la levée du fléau.

Pour le prédicateur salafiste, la fermeture des mosquées constitue une double transgression. Elle est d'abord d'ordre pratique, puisqu'elle prive les fidèles des moyens nécessaires à leur salut. Elle est ensuite symbolique, en ce qu'elle traduit, selon lui, une hiérarchisation des priorités où la protection du corps l'emporte sur les droits de Dieu. C'est dans cette logique qu'Abou Naïm en vient à qualifier le Maroc de *dār al-kufr* (terre de mécréance), voire de *dār al-ḥarb* (terre de guerre), en puisant dans un vocabulaire classique de délégitimation politique propre à certains courants salafistes⁴⁰. Cette prise de position met en lumière un affrontement entre deux conceptions concurrentes de la vérité : d'un côté, celle qui s'appuie sur l'expertise scientifique et la gestion du risque sanitaire ; de l'autre, une lecture providentialiste de l'épreuve, selon laquelle la maladie ne peut être surmontée qu'en rétablissant le lien avec le sacré.

³⁸ Plus de détails, voir : ZEGHAL Malika, *Les islamistes marocains. Le défi à la monarchie*, Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2005 ; FADIL Mohamed, *Le parrain et les héritiers. Une sociologie de l'islamisme au Maroc*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2022

³⁹ H24Info, « Fermeture des mosquées : le salafiste Abou Naïm accuse l'État d'« apostasie » » [en ligne], *H24Info*, publié le 16 mars 2020 [consulté le 7 mai 2026]. URL : <https://h24info.ma/maroc/fermeture-des-mosquees-le-salafiste-abou-naim-accuse-letat-dapostasie/>

⁴⁰ Pour plus de détails, voir : ABOULOUZ, Abdelhakim. *Al-Ḥarakāt al-salafiyya fī al-Maghrib* [Les mouvements salafistes au Maroc]. Beyrouth : Markaz Dirāsāt al-Waḥda al-ʿArabiyya, 2009.

Les marches de supplication organisées à Tanger et à Fès illustrent cette persistance d'une rationalité religieuse autonome, capable, même de manière marginale, de remettre en cause la prééminence de la norme biomédicale.

Toutefois, ces prises de position sont restées très marginales au Maroc. L'État est rapidement parvenu à les contenir, d'abord en faisant usage de son monopole de la violence légitime⁴¹, mais surtout en mettant en œuvre une stratégie aussi efficace que singulière. Plutôt que d'opposer frontalement le religieux aux impératifs sanitaires, il a choisi d'intégrer le premier au service des seconds, faisant de l'autorité religieuse un relais essentiel de la politique de santé publique.

Le religieux au secours du biomédical

Le déroulement des événements a contraint les autorités religieuses à produire rapidement des réponses normatives conciliant fidélité au rite et impératifs de santé publique. Il a ainsi ouvert un moment inédit de redéfinition des rapports entre autorité religieuse, pouvoir politique et gestion du salut. L'État, considéré du moins en théorie comme l'acteur religieux principal, a mobilisé ses instances religieuses afin d'accompagner la gestion de la crise sanitaire. En effet, celles-ci ont émis, en un temps record, de nombreuses fatwas (réponse religieuse émise par une autorité religieuse) facilitant la mise en œuvre des décisions étatiques et favorisant leur acceptation, y compris lorsqu'elles dérogeaient aux pratiques religieuses habituelles. Elles ont également proposé des alternatives à certaines formes d'accomplissement des rites, notamment les *Tarawih* (prières collectives nocturnes du ramadan) ou encore les modalités de versement de la zakat al-fitr à la fin du Ramadan.

Pour commencer, une fatwa du Conseil supérieur des oulémas du Maroc, présidé par le roi en sa qualité de Commandeur des croyants, rendue le 16 mars 2020, a autorisé la fermeture temporaire des mosquées en lien avec la pandémie.

Sur la base de la demande de consultation adressée au Conseil supérieur des oulémas par le Commandeur des croyants, que Dieu le préserve, et dont la nation atteste de la sollicitude envers les maisons de Dieu, de son attachement à celles-ci et de son souci d'en multiplier le nombre et d'en ouvrir l'accès aux fidèles ;
Considérant le préjudice considérable causé par la pandémie qui frappe le monde ;
Tenant compte des orientations émises par les autorités compétentes, notamment le ministère de la Santé, visant à prévenir la propagation du virus par la fermeture des lieux publics et privés ;
S'inspirant des prescriptions de la charia qui insistent sur la préservation des corps et la primauté de la prévention du dommage sur la recherche du bénéfice ;
Et sachant que l'une des conditions de la prière, en particulier en mosquée, est la quiétude, laquelle est compromise par la peur engendrée par cette épidémie ;
Pour l'ensemble de ces considérations juridiques, rationnelles et préventives, la commission scientifique de la fatwa du Conseil supérieur des oulémas émet l'avis suivant :
La nécessité de fermer les portes des mosquées, tant pour les prières quotidiennes que pour la prière du vendredi, à compter du lundi 16 mars 2020 (correspondant au 21 Rajab 1441 de l'Hégire) ;

⁴¹ Le prédicateur Abou Naïm ainsi que les principaux meneurs des marches de supplication ont été arrêtés puis poursuivis en justice sur le fondement de dispositions juridiques relatives à la perturbation de l'ordre public.

L'assurance donnée aux citoyens et citoyennes que cette mesure sera temporaire et que la prière reprendra dans les mosquées dès que les autorités compétentes auront déclaré le retour à la normale ;
Et l'obligation de maintenir l'appel à la prière (adhan) dans toutes les mosquées⁴².

Trois mois après la première déclaration (10 juin 2020), période marquée par diverses formes de protestation liées à la décision de fermeture, les instances religieuses officielles ont été amenées à publier une nouvelle déclaration–fatwa, confirmant et réaffirmant la précédente. Celle-ci stipulait :

...Le Conseil supérieur des oulémas du Maroc affirme que la réouverture des mosquées interviendra en temps opportun, en coordination complète avec le ministère de la Santé et les autorités compétentes, en tenant compte de l'évolution de la situation épidémiologique dans le pays. Cette décision s'appuie sur les considérations suivantes :

Premièrement, dans le rite malékite, la prière collective implique l'alignement des fidèles sans distanciation, mais sans rigidité excessive ni contrainte. Deuxièmement, la prière requiert la quiétude et l'absence de crainte de subir un préjudice du fait du rassemblement.

Troisièmement, la prière repose sur la certitude et ne doit être entachée d'aucune forme de doute, conformément au hadith : « Laisse ce qui te met dans le doute pour ce qui ne t'y met pas ».

Quatrièmement, l'intervention des autorités publiques dans les espaces publics pour le contrôle des mesures sanitaires ne peut être envisagée de la même manière dans les mosquées, dont le nombre dépasse cinquante mille.

Cinquièmement, une réouverture prématurée risquerait d'entraîner, Dieu nous en préserve, des contaminations et leur propagation parmi les fidèles, ce qui serait source d'embarras pour tous.

Sixièmement, la poursuite de la prière à domicile, en cas de nécessité, n'empêche pas d'en obtenir la récompense, puisque la terre entière constitue un lieu de prière, conformément au hadith : « La terre m'a été rendue lieu de prière »⁴³.

Dans le prolongement du mois de Ramadan, qui a coïncidé avec la première période de confinement, les instances religieuses officielles ont émis deux fatwas. La première concernait la légitimité de l'accomplissement de la prière de Tarawih à domicile, et stipulait notamment :

...Quatrièmement, toute œuvre accomplie pour Dieu, quelle qu'en soit la nature, ne perd pas sa récompense en cas d'incapacité, même lorsqu'il s'agit d'une obligation, telle que le pèlerinage (hajj). Il en va de même pour les différentes dispenses prévues par la loi religieuse. À plus forte raison, la récompense ne saurait être annulée lorsque l'intention est présente mais que l'accomplissement effectif est empêché, comme c'est le cas pour les prières surrogatoires telles que Tarawih et la prière de l'Aïd.

Cinquièmement, le fait de ne pas se rendre aux prières de Tarawih peut être compensé par leur accomplissement à domicile, individuellement ou en groupe

⁴² Conseil supérieur des Oulémas, « *Fatwā al-Hay'a al- 'Ilmiyya li-l-Iftā' bi-l-Majlis al- 'Ilmī al- A' lā bi-sha' n al-ighlāq al-mu' aqqat li-l-masājīd* (Fatwa de la Commission scientifique de l'Iftā' du Conseil supérieur des Oulémas concernant la fermeture provisoire des mosquées) » [en ligne], *Ministère des Habous et des Affaires islamiques (Maroc)*, publiée le 16 mars 2020 [consulté le 7 juin 2026]. URL : <https://www.habous.gov.ma>

⁴³ Conseil supérieur des Oulémas, « *Balāgh al-Majlis al- 'Ilmī al-A' lā bi-sha' n istimrār ighlāq al-masājīd wa i' ādat fathīhā* (Communiqué du Conseil supérieur des Oulémas concernant le maintien de la fermeture des mosquées et les conditions de leur réouverture) » [en ligne], *Ministère des Habous et des Affaires islamiques (Maroc)*, publié le 10 juin 2020 [consulté le 7 mai 2026]. URL : <https://www.habous.gov.ma>

avec les membres de la famille avec lesquels le risque de contamination est nul. Il est par ailleurs établi en droit que la prière en groupe (congrégation) implique plus d'une personne.

Sixièmement, la pleine acceptation du décret divin permet de se prémunir contre tout sentiment en contradiction avec les dispositions mentionnées⁴⁴.

La seconde portait sur la légitimité de l'accomplissement de la prière de l'Aïd al-Fitr à domicile, et non dans les mosquées ou les lieux de prière comme il est d'usage. Il y est indiqué :

...Les savants de l'école malikite, ainsi que d'autres, ont établi que sa réalisation à domicile, selon la forme prescrite, est recommandée lorsqu'il n'est pas possible de l'accomplir en groupe dans un lieu de prière ou à la mosquée, ou lorsque des circonstances sociales l'en empêchent, comme c'est le cas dans les conditions difficiles que traverse le Maroc — et d'autres pays — en raison de la propagation du Covid-19. Dans ce contexte, la prière ne doit pas être accomplie ni dans les mosquées ni dans les lieux de prière, mais dans les maisons, tout en respectant les recommandations de purification, de parfum et de takbir avant son accomplissement.

Cela est également étayé par ce qui est rapporté chez Al-Bukhari dans le chapitre intitulé : « Celui qui manque la prière de l'Aïd accomplit deux unités de prière », ainsi que par les juristes de l'école malikite.

Cela vise à préserver la sécurité des personnes et leur santé contre les risques de contamination liés à cette pandémie, conformément au verset : « Ne vous jetez pas par vos propres mains dans la perdition », ainsi qu'à la règle juridique selon laquelle « la préservation des corps prime sur la préservation des rites ».

Il s'agit enfin de garantir la récompense à ceux qui accomplissent cette prière chez eux, seuls ou en famille, de la même manière que dans les conditions ordinaires en mosquée, conformément au principe : « Les actions ne valent que par les intentions, et chacun n'aura que ce qu'il a eu l'intention d'accomplir »⁴⁵.

Dans cette configuration, les autorités religieuses n'ont pas seulement accompagné la décision politique ; elles ont opéré un véritable travail de traduction normative⁴⁶, reformulant les impératifs sanitaires dans le vocabulaire des *maqāṣid al-sharī'a* (intentions de la charia), notamment à travers le principe de *ḥifẓ al-naḥs* (préservation de la vie) et la priorité donnée à l'évitement des dommages (*dar' al-mafāṣid*)⁴⁷. Cette médiation a contribué à réduire la conflictualité potentielle entre logique du salut et logique biomédicale. Ainsi, loin d'apparaître comme un espace autonome de résistance, le religieux

⁴⁴ Conseil supérieur des Oulémas, « *Fatwā al-Hay'a al- 'Ilmiyya li-l-Iftā' bi-l-Majlis al- 'Ilmī al- A' lā bi-sha' n ṣalāt al-tarāwīḥ fī al-buyūt* (Fatwa de la Commission scientifique de l'Iftā' du Conseil supérieur des Oulémas concernant l'accomplissement de la prière des tarāwīḥ à domicile) » [en ligne], Ministère des Habous et des Affaires islamiques (Maroc), publiée le 22 avril 2020 [consulté le 7 mai 2026]. URL : <https://www.habous.gov.ma>

⁴⁵ Conseil supérieur des Oulémas, « *Fatwā al-Hay'a al- 'Ilmiyya li-l-Iftā' bi-l-Majlis al- 'Ilmī al- A' lā bi-sha' n iqāmat ṣalāt 'Id al-Fiṭr fī al-buyūt* (Fatwa de la Commission scientifique de l'Iftā' du Conseil supérieur des Oulémas concernant l'accomplissement de la prière de l'Aïd al-Fitr à domicile) » [en ligne], Ministère des Habous et des Affaires islamiques (Maroc), publiée le 21 mai 2020 [consulté le 7 juin 2026]. URL : <https://www.habous.gov.ma>

⁴⁶ Voir : ASAD Talal, *Formations of the Secular: Christianity, Islam, Modernity*, Stanford (CA), Stanford University Press, 2003.

⁴⁷ BAZZA Abdenour, *Maṣāliḥ al-insān. Muqāraba maqāṣidiyya* (Les intérêts de l'homme : une approche fondée sur les maqāṣid), Rabat, Institut international de la pensée islamique, 2008 (en arabe).

institutionnalisé s'est révélé un instrument central de gouvernementalité, participant à la normalisation sociale des pratiques sanitaires et à l'intériorisation collective des impératifs techniques de gestion du risque.

Dans leur ensemble, ces fatwas traduisent la volonté des institutions religieuses officielles d'orienter les croyants-citoyens vers une gestion de la pandémie conforme à la rationalité scientifique. Toutefois, cette orientation est formulée et légitimée dans un cadre religieux, qu'il s'agisse de son inscription dans des avis juridiques religieux ou de son appui sur des références scripturaires issues de l'islam.

Le cas marocain met ainsi en lumière un paradoxe sociologiquement fécond : dans un contexte de faible sécularisation institutionnelle, où le religieux demeure profondément imbriqué dans le politique et où la figure du souverain concentre à la fois autorité temporelle et autorité spirituelle en tant que Commandeur des croyants, cette imbrication n'a pas constitué un frein à l'imposition des normes biomédicales, elle en a au contraire facilité la diffusion et la légitimation. Là où la littérature classique sur la sécularisation tend à postuler qu'une autonomisation du politique vis-à-vis du religieux favorise l'emprise de la rationalité scientifique⁴⁸, le cas marocain suggère une configuration inverse : c'est précisément la centralisation étatique du champ religieux qui a permis de faire accepter des mesures exceptionnellement intrusives, y compris la fermeture des mosquées.

Conclusion

Les épidémies et les pandémies placent les êtres humains face à leur double vulnérabilité, à la fois naturelle et existentielle, générant un contexte profondément marqué par la peur, l'incertitude et la quête de sens. Dans de telles situations, le religieux tend à réinvestir l'espace social avec une intensité particulière : il ne se limite pas à proposer des grilles d'interprétation du malheur, oscillant entre explications divines et naturelles, mais s'impose également comme un refuge symbolique et pratique pour des individus en quête de réassurance. La pandémie de Covid-19 a, à cet égard, mis en lumière la persistance de logiques religieuses parfois concurrentes des logiques technico-sanitaires, comme en témoignent les multiples formes de désobéissance religieuse observées à travers le monde, mais aussi les tentatives d'adaptation institutionnelle du religieux aux impératifs de santé publique. Dans ce cadre, la recherche de guérison par les croyants, qu'elle soit matérielle ou, plus souvent, spirituelle, à travers le recours au divin, apparaît difficilement réductible aux seules logiques de régulation étatique. Même dans des contextes fortement marqués par la sécularisation, cette quête échappe en partie aux dispositifs de contrôle, car elle s'ancre dans une rationalité propre au croire, irréductible à la rationalité scientifique ou administrative.

Le cas marocain montre toutefois que l'issue de cette confrontation entre rationalité religieuse et rationalité sanitaire dépend largement de la configuration des rapports entre État et religion. Loin d'une opposition frontale entre ces deux registres, les autorités marocaines ont réussi à neutraliser les formes de

⁴⁸ Voir à ce propos : WEBER Max, *Économie et société. Les catégories de la sociologie*, Paris, Plon, 1971. (trad. de l'édition allemande de 1922) ; BERGER Peter L., *The Sacred Canopy: Elements of a Sociological Theory of Religion*, Garden City (NY), Doubleday, 1967.

contestation religieuse les plus visibles tout en préservant la légitimité des mesures sanitaires grâce à une mobilisation active de l'institution religieuse officielle. La fermeture des mosquées, les fatwas justifiant la suspension des prières collectives, la référence aux principes du *fiqh* (jurisprudence islamique) tels que le *dar' al-mafāsīd* (évitement des dommages) et l'implication des oulémas ont permis de présenter les restrictions non comme une entorse à la religion, mais comme une application de ses propres finalités. En intégrant le religieux au dispositif de gestion de la crise plutôt qu'en le reléguant à la sphère privée, l'État a limité la portée des contestations portées par certains acteurs salafistes et transformé l'autorité religieuse en ressource de gouvernement. Cette configuration rappelle que les effets de la pandémie sur les rapports entre religion et santé publique ne peuvent être compris indépendamment des modes de régulation politique du religieux propres à chaque société.

Par ailleurs, la crise sanitaire a révélé les tensions inhérentes au compromis sécularisé moderne. Si un quasi-consensus s'est établi autour de l'idée que la sécularisation n'implique pas la disparition du religieux, mais son retrait du politique et sa relocalisation dans la sphère privée et les lieux de culte, la pandémie a mis à l'épreuve ce partage. En effet, lorsque les États ont étendu les mesures de restriction au-delà de l'espace public pour atteindre les lieux de culte eux-mêmes, ils ont, de fait, redéfini les limites de ce compromis. Dès lors, les mobilisations religieuses observées, qu'elles prennent la forme de contestation, de contournement ou de réinterprétation des normes, peuvent être lues non seulement comme des résistances, mais aussi comme des tentatives de réaffirmation d'un droit à la pratique religieuse dans un contexte d'exception.

Ainsi, la question de savoir si les croyants ont simplement revendiqué le respect du principe sécularisé ou s'ils ont, au contraire, contribué à en redessiner les contours demeure centrale. Elle met en évidence un dilemme théorique et pratique : celui de concilier la primauté du temporel dans l'organisation des sociétés modernes avec la reconnaissance du fait religieux comme dimension constitutive de l'expérience humaine. En définitive, la pandémie de Covid-19 apparaît moins comme une rupture radicale que comme un révélateur et un accélérateur de tensions préexistantes entre le religieux et le sanitaire. Elle ouvre, ce faisant, un chantier de réflexion sur la redéfinition des frontières entre ces deux registres dans les sociétés contemporaines, en invitant à repenser les modalités d'articulation entre liberté religieuse, autorité politique et impératifs de santé publique.

Des inégalités d'accès à l'information aux inégalités de définition de la situation : difficultés et ressources des personnes âgées immigrées originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne pendant la pandémie de Covid-19.

Quentin MOSCATO

*Chercheur post-doctorant à
UMR 7354 Droit, Religion, Entreprise, Société (DRES)
Université de Strasbourg*

La pandémie de Covid-19 a constitué une situation d'incertitude majeure à l'échelle mondiale. Au-delà de ses conséquences sanitaires, elle a profondément bouleversé les systèmes de protection, mais aussi plus largement les cadres d'interprétation du monde en confrontant les personnes à une menace soudaine, évolutive, difficilement prévisible¹, dont l'origine exacte fut et demeure encore incertaine^{2 3}. Très vite, cette crise sanitaire a donné lieu à la production d'un flux massif et continu d'informations, d'hypothèses, de recommandations et de commentaires relatifs au virus et à sa gestion, qui fut simultanément alimentée par des scientifiques, des responsables politiques, des personnalités publiques, des médias et des citoyens⁴. Cette surabondance d'informations, mêlant données scientifiques, faits validés, mais aussi rumeurs, spéculations, approximations et *fake news*, a très tôt été identifiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une menace majeure pour la gestion de la crise et la protection des populations. Conceptualisée par l'OMS sous le néologisme d'« infodémie », une contraction des mots « informations » et « épidémie »⁵, cette menace s'est apparentée à une crise (de l'information) dans la crise (sanitaire). En l'occurrence, cette infodémie s'est traduite par la circulation de fausses

¹ MAILLIEZ, Mélody. (2022). 3. Le rôle de l'incertitude dans les inégalités de santé mentale face à la pandémie de Covid-19. Dans Sous la direction de C. Senik, *Pandémies Nos sociétés à l'épreuve : Nos sociétés à l'épreuve* (p. 47-60). La Découverte. URL : <https://doi.org/10.3917/dec.senik.2022.01.0047>

² BANOUN, H. (2022). L'origine du virus de la Covid-19. ResearchGate. [consulté le]. URL : https://www.researchgate.net/publication/359686026_Origine_du_virus_de_la_Covid-19_mise_a_jour_1er_avril_2022?enrichId=rgreq-e68f825bc3f287e2c0da71d0018c0c0d-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM1OTY4NjAyNjBUzoxMTQwMzQyMTQ1NDQ5OTkxQDE2NDg4OTAxNjI2MDg%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

³ ROUZIOUX, Christine, et al. Rapport 25-06. De l'origine du SARS-CoV-2 aux risques de zoonoses et de manipulations dangereuses de virus. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2025, vol. 209, no 5, p. 650-662. URL : <https://www.academie-medecine.fr/de-lorigine-du-sars-cov-2-aux-risques-de-zoonoses-et-de-manipulations-dangereuses-de-virus/>

⁴ MONNIER, Angeliki. (2020). Covid-19 : de la pandémie à l'infodémie et la chasse aux fake news. *Recherches & éducations*, (HS). [Consulté le]. URL : <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.9898>

⁵ GARDERE, Elizabeth. (2021). De l'infodémie à l'infopandémie. L'OMS face aux (des)informations virales. *Les Cahiers du numérique*, 17(3), 199-204. [Consulté le]. URL : <https://doi.org/10.3166/LCN.2021.018>.

informations⁶, d'informations contradictoires⁷, par des interprétations éclectiques de la pandémie et de la manière de l'endiguer. Pour les populations, cette situation a rendu plus difficile l'identification de sources fiables où s'informer, en plus d'affecter leurs perceptions et leur compréhension des risques associés au virus⁸, notamment en alimentant des phénomènes de méfiance et de défiance envers les autorités sanitaires, en freinant l'adhésion aux mesures de prévention, et en polarisant les opinions publiques⁹.

Dans ce contexte marqué par l'incertitude et la méfiance autour des informations en circulation, comprendre ce qui se passe devient un enjeu central. Les personnes ne sont pas seulement confrontées à un risque sanitaire ; elles doivent également interpréter une situation nouvelle dont les contours demeurent incertains, identifier les informations auxquelles accorder du crédit et déterminer les comportements à adopter pour se protéger. Elles sont ainsi conduites à mobiliser différents registres de savoirs afin de construire une compréhension suffisamment intelligible de leur situation pour pouvoir agir. Cet enjeu fait écho au concept de « définition de la situation » développé par le sociologue W.I. Thomas¹⁰, pour qui les situations sociales agissent sur les comportements à travers la manière dont les personnes interprètent ces situations et leur donnent sens. Cette idée trouve à s'illustrer dans son théorème éponyme, selon lequel « si les hommes définissent une situation comme réelle, elle le sera dans ses conséquences »¹¹. Mais alors, comment donner du sens à une situation qui nous échappe, une situation sur laquelle les informations nous manquent, sont trop abondantes et évolutives ou, pire, nous apparaissent incompréhensibles, contradictoires ou potentiellement erronées ? Quel comportement adopter face à un virus dont on ignore l'origine et méconnaît les propriétés ? Doit-on vraiment se confiner pour se protéger ? Doit-on vraiment se vacciner ? Verra-t-on un jour la fin de cette crise ou devra-t-on apprendre à vivre avec ? Et surtout, qui croire, à qui se fier ? Les politiques, les scientifiques, les médias, son voisin, Dieu ?

À partir de ces interrogations, cet article revient sur les expériences vécues par les personnes âgées immigrées originaires du Maghreb et d'Afrique Subsaharienne en France pendant la Covid-19. Plusieurs travaux ont montré que ces populations ont été particulièrement exposées au virus¹² et aux effets

⁶ Sur l'origine du virus, sur son mode de transmission, sur la manière de s'en protéger ou de le soigner.

⁷ En particulier sur la nécessité de porter un masque de protection en début de pandémie en France.

⁸ ISLAM, Md Saiful, SARKAR, Tonmoy, KHAN, Sazzad Hossain, et al. COVID-19–related infodemic and its impact on public health: A global social media analysis. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 2020, vol. 103(4), p. 1621. URL : <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0812>

⁹ VIALON, Philippe, DOLBEAU-BANDIN, Cécile, et PICOT, Jérémie. « Introduction : L'infodémie entre information et désinformation ». *Les Cahiers du numérique*, 17(3), 2021, 9-15. URL : <https://doi.org/10.3166/LCN.2021.010>

¹⁰ Thomas, W. I. (1923). *The Unadjusted Girl: With Cases and Standpoint for Behavior Analysis*. Boston, MA: Little, Brown, and Company.

¹¹ LACAZE, Lionnel. « L'interactionnisme symbolique de Blumer revisité ». *Sociétés*, 121(3), 41-52. 2013, p.45. URL : <https://doi.org/10.3917/soc.121.0041>

¹² DUBOST, C-L., POLLAK, C., et REY, S. « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 / État des lieux et perspectives ». *Dossiers de la DREES*. N°62 juillet 2020. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD62.pdf>

disproportionnés des mesures sanitaires^{13 14}, notamment en raison des inégalités sociales importantes qu'elles vivaient déjà avant la crise¹⁵ et du manque de prise en compte de leurs difficultés spécifiques dans les politiques publiques¹⁶.

Dans un premier temps, nous analyserons les principales difficultés rencontrées par les personnes âgées immigrées pour construire une définition intelligible de leur situation durant la pandémie de Covid-19. Nous montrerons notamment comment certaines conditions de production, de diffusion et d'appropriation des informations sanitaires ont contribué à fragiliser cette construction du sens. Dans un second temps, nous analyserons les ressources mobilisées par ces personnes pour reconstruire une définition intelligible de leur situation et s'adapter à la crise. Une attention particulière sera portée à la spiritualité, envisagée comme une ressource de construction du sens face à l'incertitude.

Matériel et méthode

Les résultats présentés dans cet article sont issus de notre recherche de thèse¹⁷. Il s'agit d'une recherche de type compréhensif et de nature qualitative, mobilisant un cadre théorique interactionniste inspiré des concepts de « définition de situation » de Thomas¹⁸ et de « cadre de l'expérience » de Goffmann¹⁹. L'objectif principal de cette recherche visait à décrire et à mieux comprendre les inégalités sociales vécues par les personnes âgées immigrées pendant et après la pandémie, ainsi que les ressources mobilisées par ou pour ces populations dans ces deux contextes. Une attention particulière a été portée au rôle des intervenants sociaux et des professionnels de l'accompagnement médico-social ayant accompagné ces populations pendant et après la pandémie.

Notre stratégie de collecte des données s'est articulée en deux phases et s'appuie sur une méthode de triangulation des outils de collecte de données et des sources²⁰. La première phase porte sur le contexte pandémique. Elle repose

¹³ BELHADJ-ZIANE, Kheira, MOSCATO, Quentin, JOVELIN, Emmanuel, GALLORO, Piero. « Difficultés, besoins et résilience des personnes âgées immigrées extracommunautaires dans le contexte de la Covid-19 en France ». *Migrations Société* 195.1 (2024): 27-41. URL : <https://doi.org/10.3917/migra.195.0029>

¹⁴ MOSCATO, Quentin. *Crise sanitaire et inégalités sociales: le cas des personnes âgées immigrées non-européennes en contexte pandémique et postpandémique Covid-19 en France*. Diss. Université de Lorraine, 2025.

¹⁵ JACQUAT, Denis et BACHELAY, Alexis. « Rapport d'information sur les immigrés âgés ». *Assemblée Nationale, Paris* (2013). URL : <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1214.asp>

¹⁶ MEZZOUJ, Fatima et JOVELIN, Emmanuel. « Entre ici et là-bas. Les personnes âgées immigrées issues du Maghreb : des invisibles doublement vulnérabilisés ». *Sociétés*, 2022/4 n° 158, p.29-44. URL : <https://shs.cairn.info/revue-societes-2022-4-page-29?lang=fr>

¹⁷ MOSCATO, Quentin. *Crise sanitaire et inégalités sociales : le cas des personnes âgées immigrées non-européennes en contexte pandémique et postpandémique Covid-19 en France*. Diss. Université de Lorraine, 2025.

¹⁸ Thomas, W. I. (1923). *The Unadjusted Girl: With Cases and Standpoint for Behavior Analysis*. Boston, MA: Little, Brown, and Company.

¹⁹ GOFFMAN, Erving. *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Northeastern UP, 1974.

²⁰ SAWADOGO, Honorine Pegdwendé. « Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées ». *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*, 2021. URL :

sur une analyse secondaire de données qualitatives²¹ collectées dans la recherche-action COVID-PAI-TS²², à laquelle nous avons contribué à l'intégralité des étapes en tant que « chercheur débutant ». Cette analyse secondaire a porté sur les entretiens et focus groups réalisés dans 4 régions (Île-de-France, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie), entre avril et septembre 2021, auprès de 57 personnes âgées immigrées hommes et femmes, et de 29 travailleurs sociaux de divers statuts les ayant accompagnés durant la pandémie. La deuxième phase de notre stratégie porte sur le contexte postpandémique. Elle repose sur des entretiens et des focus groups supplémentaires, que nous avons réalisés entre novembre 2024 et janvier 2025 auprès de professionnels du secteur médico-social de divers statuts, ayant accompagné des personnes âgées immigrées pendant et après la pandémie (N=9).

Les deux corpus ont été analysés à l'aide d'une stratégie d'analyse thématique.

I. Une pandémie difficile à interpréter : entre exclusion informationnelle, surinformation et anxiété

La pandémie de Covid-19 a mis à l'épreuve les conditions sociales de construction du sens. Pour les personnes âgées immigrées rencontrées, comprendre l'évolution de la situation sanitaire, identifier les risques, interpréter les recommandations officielles ou encore déterminer les pratiques à adopter pour se protéger s'est parfois révélé difficile. Les entretiens réalisés auprès de ces personnes et des intervenants sociaux qui les accompagnaient montrent que ces difficultés ne relèvent pas uniquement d'un déficit d'information. Elles résultent également des conditions dans lesquelles les informations sanitaires ont été produites, diffusées, médiatisées et appropriées, contribuant à fragiliser les cadres d'interprétation à partir desquels les enquêtés définissaient leur situation.

A. Des inégalités d'accès à une information sanitaire intelligible

La diffusion d'informations sanitaires a très tôt constitué l'un des principaux leviers mobilisés par les pouvoirs publics pour gérer la pandémie. Elle visait à informer la population sur le virus et ses dangers, les comportements de prévention à adopter, tout en limitant les effets de la désinformation alimentée par le phénomène d'infodémie. Toutefois, l'accès à des informations sanitaires fiables n'a pas été égal pour l'ensemble de la population. Lors des premiers mois de la pandémie, l'absence de supports d'information officiels multilingues et adaptés ont compliqué l'accès et la compréhension des messages sanitaires auprès de personnes âgées immigrées, dont beaucoup

<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>

²¹ BRUGIDOU, Mathieu, LE ROUX, Dominique et SALOMON, Annie-Claude. « L'analyse secondaire en recherche qualitative ». 2014. URL : <https://shs.hal.science/halshs-01530012>

²² BELHADJ-ZIANE, Kheira, JOVELIN, Emmanuel, GALLORO, Piero. « Recherche-action pour outiller les professionnels du travail social : élaboration d'un guide de pratique visant à intervenir auprès des personnes âgées immigrées en contexte de pandémie – COVID-PAI-TS ». 2022. Financée par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR). Appel RA-COVID-V16. URL : <https://anr.fr/Projet-ANR-21-CO16-0003>

connaissent des difficultés à comprendre, à lire et à écrire le français²³. Pour ces personnes, l'absence de supports multilingues a ainsi entravé l'accès à des informations essentielles relatives aux virus, aux gestes barrières, et plus largement aux mesures sanitaires et à leur évolution au fil de la pandémie. Ainsi, les inégalités face à l'information ne reposent pas tant sur l'absence d'accès matériel à l'information, mais sur l'accès à une information compréhensible et appropriable par tous, permettant de maintenir l'autonomie des personnes pour interpréter le contexte sanitaire, les risques qu'il soulève, et définir leur comportement en conséquence. C'est ce qu'illustrent notamment les mots de cette femme de 82 ans, vivant Île-de-France :

Ce qui est difficile pour les gens comme moi qui ne savent pas lire et écrire et qui ne comprennent pas ce qui se dit dans le poste [radio, télévision], c'est de dépendre toujours de quelqu'un qui comprend mieux que nous et qui nous explique. [...] Moi, je comprends que lorsque quelqu'un qui parle ma langue m'explique de quoi il s'agit.

À l'instar de cette femme, pour beaucoup de personnes enquêtées, comprendre les recommandations sanitaires supposait l'intervention d'un tiers capable de traduire, d'expliquer et de contextualiser les messages diffusés par les autorités et les médias. Les enfants, les voisins, les responsables religieux, les travailleurs sociaux ou les bénévoles ont ainsi joué un rôle essentiel de médiation de l'information sanitaire, que ce soit la traduisant, mais aussi en la contextualisant et en la reformulant au regard des préoccupations des personnes qu'ils accompagnaient. Cette médiation a reposé sur des discussions ordinaires visant à traduire et à expliquer les informations diffusées à la télévision ou à la radio ; elle a également reposé sur la construction de supports sanitaires multilingues et imagés, affichés dans certaines associations, résidences sociales et foyers de travailleurs migrants.

Si les réseaux sociofamiliaux et l'environnement institutionnel ont donc représenté des ressources déterminantes pour compenser les inégalités d'accès aux informations de certaines personnes enquêtées, ces ressources n'étaient néanmoins pas uniformément réparties au sein de notre échantillon. Or cette disparité de ressources participe à mieux comprendre comment les inégalités d'accès à l'information se creusent, notamment entre personnes âgées immigrées elles-mêmes, avec d'un côté celles disposant de ressources relationnelles dans leur entourage pour accéder aux informations ; et de l'autre, des personnes faiblement dotées de ce type de ressources, pour qui l'isolement social participe à les maintenir en marge de l'information. Les inégalités face à l'information trouvent ainsi à s'expliquer non pas uniquement à travers les barrières qui se dressent pour accéder à l'information (littératie numérique et médicale, langues, etc.), mais également à travers les disparités en termes de ressources permettant de surmonter ces barrières.

Ces résultats invitent ainsi à dépasser la seule question de l'accès matériel à l'information pour interroger les conditions sociales de sa mise en sens. Les ressources linguistiques, relationnelles et institutionnelles dont disposent les personnes participent à conditionner leur accès effectif à des informations intelligibles et fiables, à en interpréter le sens, et à construire en conséquence

²³ Dans notre échantillon, plus du trois-quarts des enquêtés ont déclaré ne pas savoir lire et écrire le français.

une définition de leur situation dans la crise sanitaire. Les inégalités d'accès à ces informations se doublent ainsi d'une inégalité dans la capacité à définir de manière autonome la pandémie, les risques qu'elle soulève et les comportements adoptés pour s'en protéger. En ce sens, la définition de la situation n'est pas seulement un mécanisme permettant à une personne d'orienter ces actions ; il s'agit d'un mécanisme nécessitant des ressources inégalement distribuées, dont la possession ou l'absence participe à la production des inégalités face au risque. En effet, lorsque les personnes disposent d'informations fragmentaires ou difficilement compréhensibles, ou encore lorsqu'elles sont dépendantes de médiateurs pour accéder à ces informations ou pour les comprendre, leur capacité à prendre des décisions éclairées pour se protéger s'en trouve fragilisée. Dès lors, les inégalités de définition de la situation peuvent s'analyser comme un mécanisme de vulnérabilisation à part entière, dans la mesure où elles affectent les conditions sociales d'accès à des informations pour certaines vitales, permettant d'éclairer et d'orienter l'adoption de pratiques de protection efficace. Dans notre recherche, plusieurs situations emblématiques illustrent cette vulnérabilisation. C'est le cas de personnes restées confinées au-delà de la durée légale prévue, dont certaines n'avaient pas compris la date à laquelle le confinement était levé. C'est aussi le cas de personnes ayant écoupé de contraventions, notamment en raison d'une incompréhension de la réglementation relative aux attestations dérogatoires de déplacement. Mais le cas le plus emblématique est celui d'une femme de 71 ans, vivant en région parisienne et qui, en début de pandémie, ne connaissant pas les gestes barrières ni la possibilité de contracter le virus sans présenter de symptôme, a contaminé à son insu son mari, qui en est ensuite décédé :

Personne ne m'a parlé des précautions à prendre, surtout que tous mes voisins sont des personnes âgées. Inévitablement, j'ai transmis le virus à mon mari. Avant, il était en bonne santé et ne se plaignait de rien. Je continuais à vivre normalement. Je sortais pour chercher l'argent à la Poste, faire les courses, aller au marché. Normal. Rien n'a changé pour moi. Je ne savais pas que j'ai contaminé mon mari. Il n'y avait aucun signe de la transmission du virus et il était tout à fait normal.

Ce verbatim montre que les inégalités de définition de la situation constituent bien plus qu'un déficit de connaissances. En limitant l'autonomie des personnes à interpréter les risques et à ajuster leurs pratiques, ces inégalités deviennent un mécanisme de vulnérabilisation susceptible d'avoir des conséquences sanitaires particulièrement graves pour elles-mêmes et leurs proches.

B. Les paradoxes de la communication sanitaire : informer sans toujours permettre de comprendre

Afin de favoriser l'adoption des mesures de prévention, les pouvoirs publics ont déployé une communication particulièrement intense tout au long de la pandémie. Allocutions présidentielles, conférences de presse, campagnes de prévention ou encore interventions régulières d'experts visaient à diffuser des informations permettant de construire une définition commune de la situation sanitaire et des comportements adoptés. Toutefois, les résultats de notre recherche montrent que cette communication n'a pas toujours permis aux enquêtés de construire une compréhension claire et stabilisée de la pandémie.

Au contraire, certaines modalités de communication ont parfois renforcé l'incertitude interprétative déjà alimentée par l'infodémie.

L'un des exemples les plus emblématiques concerne la communication gouvernementale autour du port du masque. Durant les premières semaines de la pandémie, les autorités françaises ont successivement affirmé que le masque était inutile pour la population générale, puis qu'il devait être réservé aux professionnels de santé en raison des pénuries, avant de le rendre progressivement obligatoire dans de nombreux espaces publics. Comme l'ont montré plusieurs travaux, ces revirements s'expliquent en partie par la mauvaise anticipation des stocks nationaux, les tensions mondiales dans la production d'équipement de protection individuel (EPI), et la nécessité de réserver les équipements disponibles aux personnels soignants. Néanmoins, du point de vue de certaines personnes enquêtées, ces changements successifs ont parfois nourri un sentiment d'incompréhension, de perte de repères et parfois de colère, qui ont fragilisé la crédibilité portée aux décideurs publics. Cette fragilisation s'est traduite par la remise en cause des discours institutionnels comme cadre d'interprétation fiable pour définir les risques du virus et les pratiques pour s'en protéger. Les propos de cette femme de 67 ans vivant Auvergne-Rhône-Alpes illustrent particulièrement ce résultat :

Moi ce que je veux savoir c'est pourquoi le Gouvernement, au début de Corona, ils ont caché la vérité ? "Non, soyez tranquilles, c'est pas la peine de porter le masque, il n'y a pas de virus !" Les gens y sont crevés non, avec le masque ? Parce qu'ils ont pas pris la précaution de le mettre. Parce qu'elle [la porte-parole du Gouvernement], elle les a assurés. C'est pas obligé de porter le masque, parce que y'a pas si, y'a pas ça. Après, notre Ministre de la Santé [...] elle a encore menti plus, elle a noyé carrément le poisson, et finalement, c'est-à-dire tout le Gouvernement, il [se re]tourne contre elle. [...] c'est elle qui a porté le chapeau hein, parce que c'est elle qui a tranquilisé le peuple, comme quoi y'avait pas le virus, que les gens restent tranquille quoi.

Au-delà de la critique politique qu'il exprime, ce témoignage met en évidence les effets qu'une communication perçue comme contradictoire peut produire sur la définition de la situation. En remettant en cause la fiabilité des informations initialement diffusées, cette enquêtée réinterprète rétrospectivement les premiers mois de la pandémie à travers l'idée que certaines contaminations auraient pu être évitées si les risques avaient été correctement communiqués dès l'origine. Les propos d'autres enquêtés, comme cet homme de 73 ans vivant en région Grand Est, illustrent comment les contradictions identifiées dans la communication gouvernementale ont suscité à la fois méfiance, mais aussi anxiété :

Parfois ils disaient les masques ça sert à rien du tout parce que la France n'avait pas assez, après quand ils ont ramené des masques, alors obligatoirement si tu n'en portes pas t'as un PV. Y'a un mélange ici, économique, politique, on sait pas. À midi je crois, mais à 16h je ne crois plus. Ça crée de l'anxiété.

En effet, la formule « À midi je crois, mais à 16 h je ne crois plus » illustre presque à elle seule les effets de cette instabilité informationnelle. Plus qu'une simple incompréhension des recommandations sanitaires, elle traduit la difficulté à stabiliser une définition de la situation lorsque les messages institutionnels apparaissent changeants ou contradictoires. Dans ce contexte, la

défiance exprimée ne relève pas uniquement d'une remise en cause des autorités ; elle témoigne également d'une fragilisation des repères permettant d'interpréter les risques et d'orienter les pratiques de protection. Aussi, l'anxiété évoquée par cet enquêté ne découle donc pas uniquement de la menace représentée par le virus ; elle est également alimentée par l'incertitude portant sur la crédibilité des informations et sur les critères à partir desquels il devient possible de distinguer ce qui doit être cru de ce qui doit être remis en question.

Au-delà de la seule question du port du masque, ces résultats suggèrent que la définition de la situation ne dépend pas uniquement de l'accès à une information compréhensible, mais également de la crédibilité perçue chez les acteurs qui la produisent. En effet, lorsque les messages institutionnels sont perçus comme changeants ou contradictoires, les repères permettant d'interpréter les risques se fragilisent et la confiance dans les cadres institutionnels de définition de la situation tend à s'éroder. L'incertitude ne porte alors plus seulement sur la pandémie elle-même, mais également sur les sources jugées légitimes et fiables pour l'interpréter, lui donner sens, et s'y adapter.

Outre la communication gouvernementale, plusieurs personnes âgées et professionnels interrogés mettent en cause le traitement médiatique de la pandémie. Durant les périodes de confinement, la télévision constituait souvent leur principale source d'information. Or, loin d'apparaître comme un simple canal de diffusion des recommandations sanitaires, la télévision constituait un espace marqué par une accumulation continue d'informations relatives au virus, à sa dangerosité et à l'évolution de la situation pandémique. Plusieurs professionnels soulignent que cette surabondance d'informations compliquait davantage la compréhension de la pandémie qu'elle ne la facilitait :

Ben la difficulté c'est les pauvres, soit ils regardent la télé et ils comprennent pas grand-chose, bon masques, euh, gestes ok, virus, mais c'est vrai ils étaient un peu largués quoi. FG3- G1-I-ARA.

La télé était trop compliquée, les informations il y en avait trop, donc à un moment donné ils savaient plus le réel du faux, si c'était de l'événementiel, ils savaient plus, les trois quarts des seniors, ils comprenaient pas. ENT4-G1-A-GE.

Ces verbatims montrent que l'accumulation continue d'informations peut produire un effet paradoxal : au-delà d'un certain seuil, elle ne favorise plus la compréhension de la situation, mais contribue au contraire à désorganiser les cadres interprétatifs permettant d'en construire une définition éclairée. Les difficultés rencontrées ne relèvent donc pas uniquement d'un déficit d'information, mais également d'une surcharge informationnelle rendant plus difficiles la hiérarchisation, l'interprétation et l'appropriation des messages diffusés.

Cette difficulté est renforcée par la diffusion importante d'indicateurs de contaminations, d'hospitalisations, d'admissions en réanimation et de décès dans le traitement médiatique quotidien de la pandémie. Si ces données répondaient bien sûr à un objectif légitime d'information de la population, plusieurs enquêtés en soulignent néanmoins les limites, à l'instar de ces hommes de 73 et 86 ans vivant respectivement en région Grand Est et Île de France :

« Quand quelqu'un [un journaliste] annonçait tous les jours 500 morts, 600 morts... Ça, ça nous a effrayés, ils n'auraient pas dû le faire. Est-ce que j'ai raison ? Ils ont effrayé les gens, ils n'auraient pas dû ».

« Je regarde la télévision, mais je finis par l'arrêter. Les journalistes parlent beaucoup, avec gravité et créent en nous la peur. C'est ça, ils veulent nous faire

peur. Ils veulent qu'on garde la chambre et qu'on ne sorte plus dehors. [...] Les images aussi que l'on voit à la télévision des malades dans les hôpitaux, sur des lits, avec des tuyaux partout. Des médecins fatigués qui viennent dire que la situation est grave. C'est pour nous faire peur et on finit par avoir peur ».

À travers ces verbatims, ce n'est pas seulement la surabondance d'information qui interroge, mais aussi la manière dont le risque est rendu visible, raconté, et quotidiennement mis en scène par les médias. Ils interrogent également sur les effets que cette mise en scène peut produire sur les cadres interprétatifs des personnes pour construire une définition stable, sereine, et intelligible de leur situation dans le contexte sanitaire. L'exposition répétée à des statistiques morbides, à des images chocs ou à des discours alarmistes, contribue à construire des définitions de la situation sanitaire à partir de cadres interprétatifs essentiellement perçus comme anxiogènes. Si cette mise en scène peut favoriser une prise de conscience de la gravité de la pandémie, elle soulève également le risque de susciter des réactions disproportionnées, peu propices à aider les personnes à interpréter plus sereinement leur situation et à ajuster leurs comportements de manière proportionnée.

Par ailleurs, le deuxième verbatim présenté ci-dessus montre chez cet enquêté une rupture dans son rapport aux médias télévisés. D'abord utilisée pour s'informer, la télévision est devenue pour lui une source d'anxiété. Le fait qu'il ait « fini par l'arrêter » peut s'analyser non pas tant comme le signe d'un renoncement à s'informer, mais comme une prise de distance vis-à-vis d'une mise en scène médiatique davantage perçue comme génératrice d'anxiété que productrice d'informations utiles à sa situation. Également partagée par d'autres enquêtés, cette prise de distance vis-à-vis des médias soulève une tension entre deux enjeux : préserver sa santé mentale en limitant son exposition à des contenus le plus souvent perçus comme anxiogènes et déstabilisant ; tout en limitant les risques associés au fait de ne plus recevoir des informations susceptibles d'être essentielles pour comprendre l'évolution de la pandémie et adapter ses pratiques de protection.

Ce résultat rappelle plus largement que l'efficacité d'un dispositif d'information ne dépend pas uniquement de la qualité des informations qu'il diffuse, mais aussi de sa capacité à rendre ces informations compréhensibles et suffisamment soutenables pour que les personnes continuent à s'y exposer sans conséquence pour leur santé mentale.

II. La spiritualité comme ressource interprétative et adaptative

Face aux difficultés rencontrées pour accéder à une information sanitaire intelligible, plusieurs ressources ont été mobilisées afin de mieux comprendre et définir la situation sanitaire. Les proches, les voisins, les responsables religieux, les travailleurs sociaux ou encore les associations ont notamment joué un rôle important de médiation en traduisant, expliquant ou contextualisant les informations diffusées par les autorités publiques. Ces ressources demeuraient toutefois dépendantes de la disponibilité d'intermédiaires et de la qualité des informations qu'ils transmettaient. Cela étant, nos résultats mettent en évidence une autre ressource, moins visible, mais particulièrement intéressante : la spiritualité. Dans notre recherche, la spiritualité est entendue comme l'ensemble

des croyances, des valeurs, des pratiques et des expériences subjectives, ancrées ou non dans une tradition religieuse, par lesquelles les personnes construisent leur rapport à eux-mêmes, aux autres, au monde ou à une transcendance, afin de donner sens aux événements qu'ils traversent et orienter leur manière d'y faire face.

A. La spiritualité comme cadre d'interprétation de la pandémie

Les difficultés rencontrées par certaines personnes âgées pour construire une définition intelligible de la situation sanitaire ne les ont pas laissées dépourvues de toute capacité d'interprétation. Si les proches, les travailleurs sociaux, les associations ou encore les responsables religieux ont constitué d'importantes ressources de médiation informationnelle, plusieurs enquêtés ont également mobilisé leurs propres croyances spirituelles pour donner sens à la pandémie. La spiritualité apparaît ainsi moins comme une simple ressource de soutien que comme un registre de savoirs permettant d'interpréter un événement dont les caractéristiques demeuraient en partie inconnues ou incertaines.

Plusieurs personnes âgées immigrées décrivent ainsi la pandémie comme « une épreuve que le bon Dieu nous donne », comme une « volonté divine destinée à éprouver les hommes sur terre » ou encore comme une manière pour Dieu de rappeler à l'humanité certaines exigences morales. Ces interprétations ne répondent pas uniquement au besoin d'expliquer l'origine de la pandémie ; elles permettent aussi d'en réduire le caractère soudain, imprévisible et inexpliqué, en définissant la pandémie comme le fruit d'une attention divine, c'est-à-dire en re-situant leur compréhension de la crise à partir d'une conception du monde plus familière et signifiante pour elles. La spiritualité apparaît ainsi comme un cadre interprétatif permettant de restaurer une continuité du sens là où la pandémie et sa mise en scène médiatique avaient introduit une rupture. Néanmoins, ces interprétations ne doivent pas être comprises comme des explications concurrentes aux savoirs scientifiques. Elles constituent davantage des tentatives de produire du sens là où les discours scientifiques, politiques et médiatiques – qui reposent sur un registre essentiellement biomédical – peinent à répondre aux interrogations existentielles suscitées par la pandémie.

Toutefois, la spiritualité ne constitue pas un cadre d'interprétation homogène. Les entretiens montrent au contraire qu'elle donne lieu à une pluralité de définitions de la situation, y compris parmi les enquêtés partageant une même tradition religieuse. Par exemple, certaines personnes réfutent explicitement l'idée d'une punition divine tout en mobilisant leur foi pour interpréter la pandémie : « Je ne pense pas comme certains que c'est une punition divine. Car Dieu est miséricordieux [...]. Ce qui se passe avec la maladie, c'est une responsabilité humaine » explique notamment cet homme de 72 ans, vivant en Île-de-France. Ce verbatim montre que les références spirituelles ne produisent pas des interprétations univoques de la pandémie. Elles constituent plutôt un registre de sens au sein duquel les personnes élaborent des définitions de la situation compatibles avec leurs propres représentations du monde et du divin. Ici, la croyance en un Dieu miséricordieux conduit cet enquêté à rejeter l'idée d'une punition divine et à attribuer l'origine de la pandémie aux responsabilités humaines. La foi ne disparaît donc pas de son interprétation ; elle participe à en redéfinir les termes en rendant incompatibles certaines explications religieuses avec l'image qu'il se fait de Dieu. Ce résultat souligne ainsi que les savoirs

religieux ne fonctionnent pas comme un système explicatif uniforme, mais comme un ensemble de ressources interprétatives continuellement réappropriées et redéfinies par les personnes.

Pour d'autres enquêtés, le recours à la spiritualité comme cadre d'interprétation ne visait pas tant à comprendre la pandémie qu'à interpréter et définir d'une autre manière leur situation dans le contexte de cette crise. En effet, là où les discours médiatiques quotidiens donnaient à comprendre la pandémie à partir d'informations essentiellement épidémiologiques²⁴ perçues comme anxiogènes ; la spiritualité a constitué pour certains enquêtés un cadre d'interprétation alternatif, basé sur la gratitude envers Dieu d'être vivant et en bonne santé. C'est notamment le cas de cet homme de 75 ans, vivant en région Auvergne-Rhône-Alpes : « Quand tu te lèves le matin, tu trouves que t'es en bonne santé, c'est un cadeau du ciel ». Or cette gratitude exprimée envers Dieu ne constitue pas seulement une ressource psychologique ; elle participe à une redéfinition de la situation à partir d'un registre familial, signifiant et rassurant (la spiritualité, le rapport à sa foi), qui déplace l'attention portée à un danger présenté comme omniprésent vers un cadre d'interprétation davantage centré sur l'expérience concrète d'être vivant et en bonne santé. La spiritualité permet ainsi de reconstruire une définition plus rassurante de sa situation, sans nier pour autant l'existence de la pandémie et de ses risques. En ce sens, la spiritualité ne répond plus à la question du « pourquoi » de la pandémie, mais à celle du « comment » vivre avec elle. L'expérience d'être vivant, de demeurer en bonne santé ou d'avoir traversé la crise devient elle-même porteuse de sens, de reconnaissance et d'espoir dans un contexte où le virus et la mort constituent la toile de fond de la mise en scène médiatique de la pandémie. Cette dernière est ainsi réinterprétée non plus seulement comme un risque ou une source d'inquiétude, mais également comme un événement où, par contraste, se rejoue la conscience et l'importance donnée au fait d'être en vie et en bonne santé.

B. De la production du sens à l'adaptation : les pratiques spirituelles comme ressources face à l'incertitude

Les cadres interprétatifs religieux précédemment décrits ne se limitent pas à construire une lecture plus compréhensible de la pandémie. Ils orientent également les personnes dans leur manière de vivre avec l'incertitude, de maintenir une continuité dans leur quotidien et de préserver une forme de stabilité malgré les bouleversements engendrés par la crise et les mesures sanitaires. La spiritualité apparaît ainsi non seulement comme un moyen de produire du sens, mais également comme une ressource pour stabiliser son quotidien face aux bouleversements sociaux de la crise, ainsi que plus largement pour agir dans un contexte où les marges de manœuvre sont fortement restreintes.

Parmi les pratiques rapportées pour s'adapter à la crise, certains enquêtés ont évoqué les bénéfices procurés par la lecture d'écrits religieux. « Nous, c'est un soulagement de lire le Coran [...], je bois le café après je prends mon Coran. Faut bien croire à quelque chose ! [...] Moi je suis soulagé quand je lis des versets du Coran », explique par exemple cette femme de 67 ans, vivant en région Auvergne-Rhône Alpes. Ce verbatim montre que la lecture du Coran ne

²⁴ Nombre de contaminations, d'hospitalisations, de personnes en réanimation, de décès.

constitue pas seulement une pratique religieuse ordinaire. Elle constitue un levier mobilisé ici quotidiennement pour aider à vivre avec l'incertitude générée par la pandémie. Le fait de « prendre son Coran » après le café s'inscrit dans une routine ritualisée qui participe à structurer la journée, tout en représentant un moment de retrait dans un contexte saturé d'informations anxiogènes. Cela étant, l'expression « Faut bien croire à quelque chose ! » traduit moins un renoncement à comprendre la pandémie qu'un besoin de pouvoir s'appuyer sur des repères stables lorsque les connaissances scientifiques, les recommandations sanitaires et les discours médiatiques apparaissent en constante évolution. La lecture des Écritures permet ainsi de répondre à ce besoin de stabilité, tout en donnant accès à un horizon de sens davantage fondé sur l'espérance, la confiance ou l'acceptation de l'épreuve pour interpréter et définir sa situation dans cette crise.

Par ailleurs, nos résultats montrent que la pratique de la prière a également constitué une ressource d'adaptation, en particulier dans un contexte où les confinements ont grandement bouleversé les routines quotidiennes et les repères temporels. C'est d'autant plus le cas pour les personnes âgées les plus isolées, pour qui la fermeture des lieux de sociabilité, la limitation des déplacements, la réduction des interactions sociales, ou encore la peur du virus ont engendré un isolement accru avec, dans les cas les plus graves, des personnes restant durablement recluses à leur domicile, volets fermés, jusqu'à parfois ne plus savoir distinguer clairement le jour de la nuit. Dans ce contexte, la prière a constitué pour certains enquêtés un cadre à partir duquel redéfinir leur quotidien et préserver une continuité dans leurs activités ordinaires malgré une vie sociale désorganisée et restreinte à l'espace du domicile. La prière pratiquée à heures fixes, plusieurs fois par jour, constituait pour certains enquêtés un cadre structurant pour préserver une forme de continuité dans le rythme de leur quotidien. Pour d'autres, la prière s'inscrivait parmi un ensemble d'autres pratiques plus ou moins ritualisées qui, chaque jour reconduites, permettaient de limiter la perte de repères liée aux restrictions sanitaires et de stabiliser la définition de leur situation à partir de cadres familiers rassurants. « Je me lève le matin, je fais la prière, je prends mon petit déjeuner, je fais le ménage chez moi, la marche, Inchallah ça va » rapporte par exemple cette femme de 85 ans, vivant en région Auvergne-Rhône-Alpes, en évoquant la routine quotidienne l'ayant aidé à s'adapter aux confinements. Ce verbatim permet d'illustrer comment la prière peut s'inscrire dans une succession de gestes ordinaires qui rythment la journée et contribuent à maintenir un cadre de vie relativement stable malgré les ruptures engendrées par la pandémie. En structurant le temps quotidien autour de pratiques familières, elle participe à préserver une forme de continuité dans les habitudes et des repères à partir desquels les personnes continuent d'habiter leur quotidien. Elle contribue ainsi à reconstruire un rapport au temps moins marqué par l'attente, l'isolement ou l'incertitude, tout en réinscrivant les activités ordinaires dans un horizon spirituel plus porteur de stabilité.

Dans un contexte où l'isolement constituait à la fois un levier de protection face au virus²⁵ et une conséquence des mesures sanitaires, la prière est également apparue pour certains enquêtés comme un moyen de redéfinir leur situation, mais aussi leur rapport à la crise et à autrui. En effet, plusieurs enquêtés rapportent avoir prié pour leurs proches, pour les personnes malades ou plus largement pour

²⁵ *A fortiori* pour les personnes âgées, très tôt identifiées et catégorisées comme « personnes vulnérables » par les autorités sanitaires en raison des risques accrues de contracter une forme grave du virus.

que la pandémie se termine. Dans cette perspective, la prière peut s'analyser comme une pratique socialement signifiante, qui permet à ces enquêtés d'agir symboliquement, à leur échelle, pour résorber la crise et protéger leurs proches. La prière leur permet ainsi de retrouver une capacité d'action dans un contexte où les marges de manœuvre sont drastiquement réduites, mais aussi d'opérer un changement de paradigme dans la manière d'interpréter et de vivre leur propre situation. En effet, lorsque prier répond comme ici à la fonction d'aider, cette pratique peut contribuer à dépasser le statut de « personnes vulnérables » qu'il faut protéger auquel les personnes âgées ont été assignées, pour endosser un rôle d'acteur à part entière dans la chaîne de solidarité et de protection. En se percevant comme capables d'agir sur la santé de leurs proches ou sur l'issue de la pandémie, les enquêtés ne modifient pas directement la réalité sanitaire, mais leur manière de vivre la pandémie ; ils reprennent la main sur la définition de leur situation, de leur comportement, et renégocient leur position sociale au sein même de cette crise.

Plus largement, la spiritualité, qu'elle s'accompagne ou non d'une pratique de la prière, peut s'analyser comme un moyen de maintenir des liens avec autrui et le monde extérieur, malgré l'isolement physique et les restrictions sanitaires, comme l'explique notamment cette travailleuse sociale d'Occitanie :

Je pense que ça [la religion] permet d'accepter une situation, et je pense que ça permet aussi de se sentir un peu moins seul dans cette situation en fait. Avec cette notion de trouver du sens aux choses peut-être, du sens à ce qui peut se passer, et d'avoir peut-être un peu foi en l'avenir, foi en ce qui peut se passer, enfin... De se dire qu'il y a quelque chose d'un petit peu supérieur au-dessus de nous, d'eux, et qui peut leur permettre de prendre soin, ou de... [...] Ça c'est plus le côté où ils ne sont pas seuls quoi, ils sont peut-être isolés physiquement, mais psychiquement il y a quelque chose qui vient les soutenir quoi.

Ce verbatim invite à distinguer l'isolement physique de l'expérience subjective de la solitude. Si la spiritualité ne supprime évidemment pas les effets matériels des confinements et des restrictions sanitaires, elle peut néanmoins contribuer à redéfinir plus positivement la manière de les vivre. En permettant aux personnes de continuer à se définir comme inscrites dans un ensemble de relations qui dépassent la seule proximité physique (relation à Dieu, à leurs proches à travers la prière, ou plus largement à une communauté de croyants), elle conduit à interpréter l'isolement non plus comme une rupture des liens sociaux, mais comme une reconfiguration symbolique de leurs modalités d'expression. En ce sens, la spiritualité ne permet pas seulement de mieux supporter l'isolement ; elle contribue à en transformer la signification en empêchant que la distance physique ne soit nécessairement vécue comme une rupture des relations, de la solidarité ou de l'appartenance à une communauté.

Discussion

Parce qu'il conditionnait la compréhension des risques, des recommandations sanitaires et des pratiques de protection, l'accès aux informations sanitaires a constitué tout au long de la pandémie un levier de santé publique et une ressource déterminante pour les populations. Mais l'accès à cette ressource a également constitué un mécanisme à part entière de production et de recomposition des inégalités sociales face à la crise. Dans ce contexte, la littérature scientifique consacrée aux enjeux informationnels de la pandémie s'est principalement intéressée aux phénomènes d'infodémie, notamment en

analysant ses effets sur les comportements individuels et l'adhésion aux mesures sanitaires. Les résultats présentés dans cet article portent quant à eux sur la construction du sens en contexte pandémique à travers le cas spécifique des personnes âgées immigrées originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne en France. Ils montrent que les difficultés rencontrées par ces personnes ne tiennent pas uniquement à la circulation d'informations erronées ou à un déficit d'accès à l'information, mais également aux conditions sociales dans lesquelles les informations sanitaires sont produites, mises en scène, comprises et appropriées. Ces résultats montrent ainsi que les barrières linguistiques, l'abondance d'informations diffusées en continu, l'évolution rapide des connaissances scientifiques, la diffusion d'informations contradictoires ou erronées, ou encore certaines formes de mise en scène médiatique ne limitent pas seulement l'accès aux informations ; elles affectent également les conditions dans lesquelles celles-ci peuvent être interprétées, hiérarchisées et articulées à d'autres registres de connaissance.

Cette nuance conduit à dépasser la seule question des inégalités d'accès à l'information pour mettre en évidence ce que nous proposons d'appeler des *inégalités de définition de la situation*²⁶. En reprenant le théorème de Thomas, selon lequel les comportements dépendent de la manière dont les personnes interprètent et définissent les situations auxquelles ils sont confrontés, nos résultats montrent que cette capacité de définition ne peut être considérée comme un simple processus individuel. Elle repose au contraire sur des ressources (linguistiques, relationnelles, institutionnelles, etc.) inégalement réparties dans la population. En contexte pandémique, l'accès à des cadres d'interprétation intelligibles, permettant de construire une définition éclairée de la situation, apparaît ainsi comme une ressource sociale à part entière, dont l'absence peut contribuer à davantage vulnérabiliser les personnes. En ce sens, nos résultats montrent que la crise sanitaire et sa gestion politique n'ont pas seulement produit des inégalités d'exposition au risque ou d'accès à l'information pour les personnes âgées immigrées ; ils montrent comment ces inégalités se sont en partie construites au travers d'inégalités à définir, en temps réel et de manière éclairée, l'évolution de la crise sanitaire, ses dangers, et les comportements pour s'y adapter. Ils montrent également comment l'incertitude engendrée par ces difficultés de définition de la situation a constitué, pour de nombreux enquêtés, une source importante d'anxiété, dont les effets sur la santé mentale à plus long terme mériteraient d'être davantage explorés.

Plus largement, ces résultats nous conduisent à considérer les *inégalités de définition de la situation*²⁷ comme une dimension spécifique des inégalités sociales face aux crises sanitaires. Cette perspective conduit à repenser les enjeux d'accès aux informations sanitaires en portant une attention particulière aux conditions sociales dans lesquelles elles sont produites, diffusées, médiatisées et appropriées par les populations. Elle souligne ainsi l'importance de concevoir des cadres permettant de rendre les informations sanitaires davantage intelligibles, appropriables et mobilisables par l'ensemble des groupes sociaux, en particulier ceux les plus exposés aux inégalités informationnelles.

Enfin, les résultats présentés montrent que les personnes âgées rencontrées n'ont pas été passives face à leurs difficultés pour comprendre et interpréter la pandémie. Elles ont mobilisé différentes ressources pour s'informer et s'adapter,

²⁶ Italique utilisée à l'initiative de l'auteur.

²⁷ Italique utilisée à l'initiative de l'auteur.

parmi lesquelles les proches, les travailleurs sociaux, les associations ou encore les responsables religieux ont joué un rôle important. Moins souvent évoquée, la spiritualité constitue une ressource toute particulière. De manière générale, les travaux consacrés à la spiritualité durant la pandémie mettent principalement en avant les risques accrus associés à certaines pratiques religieuses²⁸ ; les bénéfices psychologiques de la foi dans la gestion du stress, de l'anxiété,²⁹ mais aussi sur la santé physique³⁰ ; ainsi que le rôle de médiateur des chefs religieux dans les campagnes de prévention et plus largement dans l'atténuation de l'impact de la pandémie³¹. Si nos résultats font en partie écho à ces études, ils montrent aussi comment les bénéfices de la spiritualité religieuse s'inscrivent plus largement dans un processus de construction de sens face à l'incertitude. La spiritualité devient une ressource non parce qu'elle réduirait directement l'anxiété ou le stress, mais parce qu'elle permet préalablement de reprendre le contrôle sur sa situation, ne serait-ce que symboliquement, en lui redonnant du sens lorsque les cadres institutionnels d'interprétation apparaissent insuffisants, instables ou difficilement appropriables pour cela. Sur le plan sociologique, c'est précisément cette reconstruction du sens qui rend ensuite possibles différentes formes d'adaptation, qu'il s'agisse de réorganiser son quotidien, de maintenir du lien social, ou de retrouver une capacité d'agir face à une situation largement marquée par l'incertitude.

Ces résultats nous conduisent également à nuancer les oppositions parfois établies entre savoirs scientifiques et savoirs religieux dans l'interprétation de la crise et l'adhésion aux mesures sanitaires. Dans notre recherche, la spiritualité n'a pas constitué cadre d'interprétation concurrent aux recommandations sanitaires et aux connaissances scientifiques sur lesquelles elles reposaient. En effet, pour la plupart des personnes enquêtées, la compréhension du virus, de ses modalités de transmission et des mesures de protection s'est faite par l'interprétation des messages sanitaires, soit de manière directe (télévision, radio), soit par l'intermédiaire d'un tiers. L'utilisation de la spiritualité comme cadre d'interprétation répondait quant à elle davantage à des interrogations plus existentielles, relatives au sens de l'épreuve, à la valeur de la vie, et aux manières de continuer à vivre avec la menace du virus et de ses variants. En ce sens, nos résultats montrent que ces cadres d'interprétations ne s'excluent pas nécessairement, mais qu'ils peuvent conjointement participer à la construction d'une définition de la situation en répondant à des dimensions différentes de l'expérience vécue. Ils apparaissent ainsi comme des cadres complémentaires de production du sens lorsque ceux-ci ne suffisent plus, à eux seuls, à rendre pleinement intelligible l'expérience vécue.

²⁸ SISTI, Leuconoe Grazia, BUONSENSO, Danilo, MOSCATO, Umberto, *et al.* « The role of religions in the COVID-19 pandemic: a narrative review ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023, vol. 20, no 3, p. 1691. URL : <https://doi.org/10.3390/ijerph20031691>

²⁹ ALGAHTANI, Fahad D., ALSAIF, Bandar, AHMED, Ahmed A., *et al.* « Using spiritual connections to cope with stress and anxiety during the COVID-19 pandemic ». *Frontiers in Psychology*, 2022, vol. 13, p. 915290. URL : <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.915290>

³⁰ COPPOLA, Ilaria, RANIA, Nadia, PARISI, Rosa, *et al.* Spiritual well-being and mental health during the COVID-19 pandemic in Italy. *Frontiers in psychiatry*, 2021, vol. 12, p. 626944. URL : <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.626944>

³¹ AYUB, Shahana, ANUGWOM, Gibson O., BASIRU, Tajudeen, *et al.* « Bridging science and spirituality: the intersection of religion and public health in the COVID-19 pandemic ». *Frontiers in psychiatry*, 2023, vol. 14, p. 1183234. URL : <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1183234>

Principales limites

La lecture des résultats présentés doit se faire à la lumière des limites méthodologiques de la recherche qualitative dont ils sont issus³². Ces résultats reposent sur une analyse secondaire d'entretiens et de focus groups³³ menés dans 4 régions de France, dans le cadre de la recherche-action COVID-PAI-TS. Si ce corpus a permis d'appréhender les cadres d'interprétation mobilisés par les enquêtés pour comprendre la situation sanitaire et tenter de s'y adapter, il ne permet pas de comprendre comment et dans quelle mesure ces cadres ont évolué au fil de la pandémie. Aussi, si nos résultats mettent en évidence le rôle joué par la spiritualité dans les processus de production du sens et les mécanismes d'adaptation, elle ne permet pas d'expliquer pourquoi la spiritualité est davantage mobilisée par certains enquêtés que par d'autres, ni de pleinement explorer comment elle peut s'articuler avec d'autres formes de ressource, notamment selon les trajectoires sociales, religieuses ou migratoires des personnes. Enfin, le concept d'inégalités de définition de la situation proposé dans cet article demanderait à être discuté à partir d'autres populations et d'autres contextes de crise afin d'en éprouver la portée heuristique.

Conclusion

À travers les expériences vécues par les personnes âgées immigrées durant la Covid-19, cet article montre que la pandémie n'a pas uniquement constitué une épreuve sanitaire, sociale, politique et économique. Elle a également mis à l'épreuve les conditions sociales de construction du sens, en déstabilisant les cadres d'interprétation permettant aux personnes d'appréhender l'évolution de la situation sanitaire, de donner du sens à ce qu'elles vivaient et d'orienter leurs comportements dans un contexte marqué par l'incertitude, la peur, et une surabondance d'informations. Nos résultats montrent que, pour les personnes âgées immigrées, cette épreuve de production de sens ne relève pas uniquement d'un inégal accès aux informations sanitaires, mais tient aussi à des ressources inégalement distribuées permettant de comprendre ses informations, de se les approprier et de les articuler avec d'autres formes de connaissances.

Face à ces difficultés, la spiritualité religieuse a constitué pour plusieurs enquêtés une ressource pour interpréter le contexte sanitaire, pour donner du sens à leur situation, et orienter leur manière de s'adapter. Ces résultats invitent à approfondir l'étude de cette ressource encore relativement peu documentée dans les recherches consacrées à la pandémie, *a fortiori* concernant cette population.

Ultimement, cet article invite à considérer la production du sens comme une dimension essentielle de l'expérience des crises sanitaires et comme un enjeu à part entière pour comprendre les inégalités sociales et les mécanismes de vulnérabilisation qu'elles révèlent, que pour penser les ressources et les conditions permettant aux personnes d'y faire face.

³² En particulier s'agissant de la taille et de la composition de notre échantillon (sous-représentation de participantes femmes, barrière linguistique, biais mnésique, etc.).

³³ Que nous avons toutefois largement contribué à réaliser et à retranscrire, limitant ainsi les biais habituellement associés à cette méthode d'analyse.

Quand une plante devient un phénomène de société : l'exemple de l'herbe à pique (*Neurolaena lobata*) aux Antilles.

Marc-Alexandre TAREAU

*Ethnobotaniste et anthropologue de la santé
Institut Santé des Populations en Amazonie
ISPA, CHU de Guyane*

Guillaume ODONNE

*Ethnobotaniste
Directeur de recherche au CNRS (UAR LEEISA, Guyane)*

Pendant la pandémie de Covid-19, à la Martinique, une plante amère aux fleurs jaunes est soudainement sortie de l'ombre. Pendant longtemps, le *zeb a pik* (*Neurolaena lobata*) était une plante discrète. Quelques tradipraticiens la connaissaient, certaines familles la cultivaient dans leurs jardins, mais elle restait largement ignorée du grand public. Puis survint la pandémie de Covid-19 et en l'espace de quelques mois, cette herbe amère devint l'une des plantes médicinales les plus recherchées par les habitants de l'île. Dans les jardins, les pépinières, les marchés, les groupes WhatsApp et les conversations familiales, le *zeb a pik*, ou herbe à pic (*Neurolaena lobata*), est devenu en quelques mois l'une des plantes médicinales les plus recherchées des Antilles françaises. Son ascension fulgurante témoigne de la place toujours importante qu'occupent les remèdes végétaux dans les sociétés caribéennes, mais aussi de la manière dont les savoirs traditionnels se réinventent au gré des épidémies et sous l'influence des médias et des réseaux sociaux.

Originaire d'Amérique centrale et présente dans plusieurs îles de la Caraïbe, le *zeb a pik* est un arbuste de la famille des Asteracées dont les feuilles trilobées rappellent la forme d'une lance médiévale, ou pique (Illustration 1), ce qui lui a valu son nom populaire. Sa saveur extrêmement amère est l'une de ses principales caractéristiques. Dans les pharmacopées créoles, l'amertume est généralement associée aux vertus dépuratives et fébrifuges (Odonne et al. 2007 ; Odonne et al. 2020 ; Tareau et Odonne 2023). Depuis longtemps, la plante est ainsi employée contre les états grippaux, les fièvres ou encore certains troubles digestifs. En 1833, le médecin et naturaliste Michel-Étienne Descourtilz (1833) la présente même comme supérieure à tous les autres amers connus. Quelques décennies plus tard, Antoine Dupuis (1870) la décrit comme un substitut du quinquina, utilisé dans les campagnes comme fébrifuge.



Feuilles trilobées de *Neurolaena lobata*.

Crédit photographique : Marc-Alexandre Tareau, Martinique, 2026.

Cet article s'appuie sur une enquête ethnobotanique menée en Martinique en 2022 auprès de vingt-quatre habitants, complétée par l'étude d'ouvrages anciens, d'herbiers historiques et de diverses sources documentaires. Elle a donné lieu à un article publié en 2023 dans la *Revue d'Ethnoécologie* (Tareau, Thésée & Odonne 2023). L'objectif n'était pas d'évaluer les propriétés pharmacologiques du *zeb a pik*, mais de comprendre la manière dont cette plante est connue, utilisée et perçue par la population martiniquaise, ainsi que les transformations de son image au cours de la pandémie de Covid-19.

Une réputation construite pendant la pandémie

Si la plante était ainsi déjà bien connue d'une partie de la population, elle est véritablement entrée dans la lumière au cours de la crise sanitaire liée au Covid-19. Les annonces du pharmacien guadeloupéen Henry Joseph autour du Virapic®¹, une préparation hydro-alcoolique réalisée à partir de *zeb a pik*, ont contribué à sa médiatisation. Très rapidement, les réseaux sociaux, les émissions

¹ Début 2021, les équipes d'Henry Joseph ont déclaré qu'une molécule contenue dans le Virapic® pouvait stopper *in vitro* la réplication du virus Sars-Cov-2.

de télévision et le bouche-à-oreille ont participé à sa diffusion dans l'ensemble des Antilles.

À la Martinique, de nombreuses personnes ont découvert la plante à cette occasion. Certaines ont demandé à des proches installés en Guadeloupe de leur rapporter des boutures ou des graines. En quelques mois, le *zeb a pik* s'est invité dans les jardins, les pépinières et les préparations domestiques. Plusieurs personnes interrogées au cours de notre enquête reconnaissaient n'avoir jamais entendu parler de cette espèce avant la pandémie.

Cette popularité soudaine illustre ce que les ethnobotanistes appellent parfois des phénomènes de « visualisation médiatique » (Leonti 2011). Comme le noni (*Morinda citrifolia*), le moringa (*Moringa oleifera*), l'aloë (*Aloe vera*) ou le curcuma avant lui, le *zeb a pik* a bénéficié d'un engouement collectif aux Antilles qui a largement dépassé le cercle habituel des amateurs de phytothérapie.

***Zeb a pik*, une identité plurielle**

Si le *zeb a pik* est aujourd'hui généralement associé à l'espèce *Neurolaena lobata*, la réalité est en fait plus complexe. Derrière ce nom populaire se cache un véritable « complexe d'espèces », c'est-à-dire plusieurs plantes différentes que les Martiniquais regroupent sous une même appellation. Nos enquêtes ont ainsi montré qu'au moins cinq espèces végétales peuvent être appelées *zeb a pik*, dont certaines sont spontanées dans les forêts humides de l'île tandis que d'autres ont été introduites plus récemment.

Les deux espèces les plus fréquemment désignées de cette manière sont *Neurolaena lobata*, parfois appelée « herbe à pic à fleurs jaunes », et *Gymnanthemum amygdalinum*, connue sous le nom d'« herbe à pic à fleurs blanches ». Originaire d'Amérique du Sud (Brésil, Bolivie) et d'Afrique tropicale, cette dernière aurait été introduite récemment dans les Antilles et est-elle aussi réputée pour son amertume et ses propriétés fébrifuges. Les deux espèces sont d'ailleurs régulièrement confondues, aussi bien dans les jardins que dans certaines pépinières, où elles sont parfois commercialisées sous le même nom. Elles peuvent également être préparées de façon semblable, sous forme de sirops, d'alcoolatures ou de tisanes.

Une autre espèce, *Dendrophorbium lucidum*, pousse naturellement dans les massifs humides du nord de la Martinique. Appelée parfois *zeb a pik sovaj* (« herbe à pic sauvage ») ou *zeb a pik bata* (« herbe à pic bâtarde »), elle est elle aussi utilisée comme tonique amer et comme fébrifuge, même si plusieurs personnes interrogées la considèrent comme « moins forte » que la véritable herbe à pic en raison de son amertume plus discrète.

À ces espèces viennent encore s'ajouter d'autres plantes avec lesquelles le *zeb a pik* est parfois confondu. C'est notamment le cas de *Pluchea carolinensis*, connue sous le nom de *djéri tout* (« guérit-tout »), dont les feuilles duveteuses rappellent celles de *Neurolaena lobata*. Plus étonnant encore, certaines personnes désignent parfois sous le nom de *zeb pik* les espèces du genre *Bidens*, dont les fruits munis de petites aiguilles s'accrochent aux vêtements et à la peau, donnant à la plante son nom d'« herbe qui pique ».

Cette pluralité peut surprendre les botanistes, habitués à associer chaque espèce à un nom scientifique unique. Pourtant, elle n'a rien d'exceptionnel. Dans les pharmacopées populaires, les plantes sont souvent regroupées selon leur

apparence, leur goût, leur odeur ou encore leurs usages (Odonne et al. 2022). Ce qui compte n'est pas nécessairement leur parenté taxonomique, mais les propriétés que les populations leur attribuent. L'amertume prononcée, par exemple, constitue un critère essentiel : plusieurs plantes très différentes peuvent ainsi être rapprochées parce qu'elles sont toutes considérées comme des « amers », c'est-à-dire des plantes capables de « nettoyer le sang » ou de combattre les fièvres.

Au fond, le nom *zeb a pik* ne désigne pas seulement une espèce végétale. Il renvoie à tout un ensemble de savoirs, de pratiques et de représentations hérités de plusieurs siècles d'histoire. Il témoigne également du caractère vivant et dynamique des pharmacopées créoles, constamment enrichies par les circulations humaines, les introductions botaniques et les réinterprétations locales. Car, en ethnobotanique, les noms populaires ne racontent pas uniquement l'histoire des plantes ; ils racontent aussi celle des sociétés qui les nomment, les cultivent et leur donnent sens.

Une plante guadeloupéenne ?

Un aspect particulièrement intéressant de notre enquête concerne les représentations associées au *zeb a pik*. En effet, de nombreux Martiniquais considèrent aujourd'hui cette plante comme typiquement guadeloupéenne. Plusieurs personnes interrogées affirmaient même qu'elle n'existait pas autrefois à la Martinique et qu'elle aurait été introduite récemment depuis l'île sœur. D'autres racontaient avoir demandé à des proches installés en Guadeloupe de leur rapporter des boutures ou des graines après avoir entendu parler des vertus de la plante pendant la pandémie.

S'il est clair qu'au moins une des espèces citées secondairement (*Dendrophorbium lucidum*) est bien native de la Martinique, cette image de « plante guadeloupéenne » s'explique en grande partie par la médiatisation dont a bénéficié le *zeb a pik* au cours des dernières années. Les déclarations du pharmacien et chercheur guadeloupéen Henry Joseph autour du Virapic®, une préparation à base d'herbe à pic, ont largement contribué à populariser la plante dans l'ensemble des Antilles françaises. À travers les médias, les réseaux sociaux et le bouche-à-oreille, celle-ci s'est rapidement imposée comme l'un des symboles végétaux de la période Covid.

Mais cette représentation est également liée à la réputation ancienne de la Guadeloupe en matière de phytothérapie. Depuis longtemps, l'île est associée à une riche tradition de remèdes créoles, à la figure des tisaneurs et à une valorisation importante des plantes médicinales. Dans l'imaginaire collectif martiniquais, le *zeb a pik* apparaît ainsi volontiers comme une spécialité venue d'ailleurs.

Cette perception n'est cependant pas exempte de rivalités insulaires. Au cours des entretiens, certains informateurs exprimaient même une certaine réticence à l'égard de cette plante précisément parce qu'elle était perçue comme guadeloupéenne. D'autres rappelaient au contraire que la Martinique possède elle aussi ses propres traditions phytothérapeutiques et ses préparations amères réputées, sans qu'il soit nécessaire d'importer celles des voisins. Derrière la question apparemment anodine de l'origine d'une plante se dessinent ainsi des enjeux identitaires plus profonds et les anciennes rivalités, parfois teintées d'humour, qui traversent les relations entre les deux îles.

Pourtant, les sources historiques racontent une histoire bien différente. Les collections botaniques du Muséum national d'histoire naturelle conservent plusieurs herbiers attestant de la présence de *Neurolaena lobata* à la Martinique dès le début du XIXe siècle. L'un d'eux, récolté en 1820 par le naturaliste Auguste Plée, porte même la mention suivante : « *Cette plante est très amère. On l'emploie ici contre les fièvres. [...] Elle est commune* ». Quelques décennies plus tard, Descourtilz indique également que l'espèce pousse naturellement aux Antilles et « *particulièrement à la Martinique et à Haïti* ».

Plus près de nous, plusieurs témoignages recueillis au cours de l'enquête évoquent une présence ancienne du *zeb a pik* dans certaines familles martiniquaises. Des habitants du Morne-Rouge ou de Rivière-Pilote racontent ainsi que leurs parents ou leurs grands-parents cultivaient déjà la plante il y a plusieurs dizaines d'années, bien avant la pandémie et avant même l'apparition du Virapic®. D'après eux, le *zeb a pik* n'était pas absent de la Martinique ; il était simplement peu diffusé et relativement discret.

Il est d'ailleurs possible que cette discrétion ait contribué à son oubli partiel. Contrairement à la Guadeloupe, où la plante semble avoir bénéficié d'une transmission plus continue, elle n'apparaît pas dans plusieurs inventaires importants des plantes médicinales martiniquaises réalisés à la fin du XXe siècle. Certaines personnes âgées rencontrées durant notre étude déclaraient même ne jamais l'avoir vue dans leur jeunesse.

Plutôt qu'une introduction récente, la pandémie semble donc avoir provoqué un véritable phénomène de redécouverte. Le Covid-19 n'aurait pas amené l'herbe à pic à la Martinique ; il l'aurait révélée. Une plante ancienne, relativement discrète et parfois oubliée, s'est soudain retrouvée propulsée sur le devant de la scène, au point d'être aujourd'hui perçue comme une nouveauté. Cette trajectoire illustre combien les plantes possèdent elles aussi une histoire culturelle faite de périodes d'effacement, de résurgences et de réappropriations successives.

Les végétaux ne circulent pas seulement dans les sols ou dans les jardins. Ils circulent également dans les mémoires, les récits et les imaginaires. Et il arrive parfois qu'une crise sanitaire suffise à faire resurgir des savoirs que l'on croyait perdus ou marginaux. L'étude de ces phénomènes constitue d'ailleurs ce que nous avons appelé dans un précédent article la « biogéographie culturelle » (Odonne et al. 2020). En effet, les facteurs humains, depuis le néolithique, sont parfois plus importants encore que les facteurs environnementaux pour expliquer la distribution et l'évolution de certaines espèces, et comprendre l'intrication de ces mécanismes est indispensable pour mieux décrire les environnements, les pharmacopées ou les agrosystèmes contemporains.

Entre santé et politique

Comme beaucoup d'autres objets culturels, le *zeb a pik* n'a pas échappé aux passions et aux divisions suscitées par la pandémie de Covid-19. Bien au contraire, cette plante relativement discrète s'est retrouvée investie de significations qui dépassaient largement la seule question thérapeutique.

Pour certains, elle incarnait un remède local, naturel et accessible, enraciné dans les savoirs hérités des générations précédentes. Dans un contexte d'incertitude, de peur et de méfiance, elle représentait une forme d'autonomie sanitaire et la preuve que les pharmacopées caribéennes possédaient leurs

propres ressources pour faire face à la maladie. Le succès du *zeb a pik* s'inscrivait ainsi dans un mouvement plus large de réaffirmation des savoirs locaux et de valorisation des médecines traditionnelles.

Pour d'autres, en revanche, les discours très enthousiastes qui entouraient la plante ont parfois entretenu des attentes excessives. Certains habitants allaient jusqu'à considérer qu'elle pouvait se substituer aux mesures de prévention ou à la vaccination. Au plus fort de la crise, l'herbe à pic est ainsi devenue, malgré elle, l'un des symboles des mouvements contestant les politiques sanitaires nationales. Son image s'est trouvée associée à des débats beaucoup plus vastes portant sur la confiance envers les institutions, l'industrie pharmaceutique ou encore les rapports historiques entre les territoires ultramarins et l'État français.

Il serait pourtant réducteur de ne voir dans ces controverses qu'une opposition entre « médecine traditionnelle » et « médecine moderne ». La réalité est bien plus complexe. Les attitudes face au Covid-19 ont été façonnées par des traumatismes coloniaux, des expériences historiques, des mémoires collectives et des formes de résistances anciennes qui ne sont pas propres aux Antilles. La crise sanitaire a simplement rendu plus visibles des tensions préexistantes.

Le cas du *zeb a pik* rappelle ainsi que les plantes médicinales ne sont jamais seulement de simples ressources thérapeutiques. Elles sont également porteuses d'identités, de mémoires, de rapports au savoir et de visions du monde. Elles participent aux débats de leur époque et peuvent parfois devenir les supports de revendications culturelles, sociales ou politiques.

Les crises sanitaires ont ceci de particulier qu'elles révèlent ces dimensions souvent invisibles. À travers les usages et les représentations associés à une plante, c'est toute une société qui se laisse entrevoir. L'étude des pharmacopées traditionnelles ne nous renseigne donc pas seulement sur les remèdes utilisés par les populations ; elle éclaire aussi leurs manières de penser la santé, le risque, la nature et le rapport aux autorités.

Les plantes ont-elles leurs modes ?

L'histoire récente du *zeb a pik* invite à une réflexion plus large. Car il ne s'agit nullement d'un cas isolé. Depuis des siècles, certaines plantes connaissent de véritables périodes de célébrité, avant de retomber parfois dans l'oubli. À l'époque coloniale, le quinquina (*Cinchona* spp.) et le *kwachi* (*Quassia amara*) furent célébrés pour leurs propriétés contre les fièvres tropicales (Walker et Nesbitt 2019 ; Odonne et al. 2020). D'autres espèces, comme le gaïac (*Guaiacum officinale* et *Guaiacum sanctum*), connurent elles aussi leur heure de gloire dans les pharmacopées européennes et américaines (Boumediene 2016).

Les plantes connaissent ainsi, comme les chanteurs, les acteurs ou les sportifs, leurs heures de gloire. Certaines deviennent soudain omniprésentes, avant de retomber progressivement dans l'oubli. Elles font les gros titres des journaux, envahissent les conversations, les jardins et parfois même les étagères des pharmacies. Puis une nouvelle espèce prend parfois progressivement le relais.

Ces phénomènes ne s'expliquent pas uniquement par les propriétés biologiques des végétaux. Ils dépendent également des contextes historiques, des réseaux géopolitiques, des préoccupations sanitaires du moment, des circulations de savoirs, des migrations, des médias et, plus récemment, des réseaux sociaux. Une crise sanitaire, la publication d'une étude scientifique, la prise de parole

d'une personnalité médiatique ou la diffusion virale d'une vidéo peuvent parfois suffire à propulser une plante au rang de vedette.

Les végétaux possèdent ainsi une véritable biographie culturelle. Comme l'a montré l'ethnobotaniste Pierre Lieutaghi (1991) à propos du plantain badasson (*Plantago lanceolata*), jadis considéré comme une plante médicinale majeure avant de tomber progressivement dans l'oubli, les espèces végétales connaissent des périodes de reconnaissance, de banalisation, voire d'effacement, avant parfois d'être redécouvertes. Certaines tombent dans l'ombre tandis que d'autres deviennent soudain omniprésentes. Des plantes autrefois jugées indispensables peuvent disparaître des mémoires, tandis que d'autres, longtemps marginales, accèdent au statut de remèdes incontournables.

À travers ces trajectoires, ce ne sont pas seulement les plantes qui changent de statut, mais aussi les sociétés qui les entourent. Les « plantes vedettes » d'une époque disent beaucoup des préoccupations, des espoirs et des inquiétudes qui traversent celle-ci. Elles révèlent les aspirations à une médecine plus naturelle, les quêtes d'autonomie ou encore les rapports de confiance et de défiance envers les institutions.

L'ethnobotanique nous rappelle ainsi que les plantes ne sont pas seulement des objets biologiques. Elles sont aussi des objets sociaux et culturels, dont les parcours racontent quelque chose des sociétés humaines elles-mêmes.

Une célébrité végétale

Longtemps discrète, parfois oubliée, l'herbe à pic s'est retrouvée, en quelques années seulement, au centre de discussions scientifiques, médiatiques et politiques. Peu de plantes médicinales connaissent une ascension aussi spectaculaire. D'espèce relativement confidentielle, présente dans quelques jardins et dans la mémoire de certaines familles, elle est devenue l'un des symboles végétaux de la pandémie dans les Antilles françaises.

Plus qu'une simple plante médicinale, le *zeb a pik* est devenu un révélateur des relations complexes qu'entretiennent les sociétés caribéennes avec leurs savoirs locaux, leur histoire et les crises contemporaines. Son histoire récente montre combien les plantes peuvent se trouver au croisement de multiples enjeux : sanitaires, identitaires, économiques, médiatiques et parfois même politiques.

Au fond, l'herbe à pic est bien davantage qu'un remède. Elle est un témoin des circulations de savoirs entre les îles, des transmissions familiales, des effets de la médiatisation, des espoirs suscités par les médecines traditionnelles et des interrogations contemporaines sur la santé.

Les plantes ont, elles aussi, leurs modes, leurs périodes de gloire et leurs histoires. Et derrière chacune de ces « célébrités végétales » se dessine, en filigrane, une autre histoire : celle des femmes et des hommes qui les observent, les expérimentent, les nomment, les cultivent, les échangent et continuent, génération après génération, à leur attribuer du sens.

Peut-être est-ce là l'une des plus belles leçons de l'ethnobotanique : les plantes ne nous parlent jamais uniquement d'elles-mêmes. Elles nous parlent aussi, et peut-être surtout, de nous. Car les pharmacopées sont, comme les sociétés qui les façonnent, en perpétuel mouvement.

Bibliographie

BOUMEDIENE Samir, *La colonisation du savoir. Une histoire des plantes médicinales du « Nouveau Monde » (1492-1750)*, Paris, Les Éditions des mondes à faire, 2016.

DESCOURTILZ Michel-Étienne, *Flore pittoresque et médicale des Antilles, ou Traité des plantes usuelles des colonies françaises, anglaises, espagnoles et portugaises*, t. 1, Paris, M. Crosnier, 1833.

DUPUIS Antoine, *Flore médicale usuelle et industrielle du XIXe siècle*, Paris, A. Le Vasseur et Cie, 1870.

LEONTI Marco, « The Future Is Written: Impact of Scripts on the Cognition, Selection, Knowledge and Transmission of Medicinal Plant Use and Its Implications for Ethnobotany and Ethnopharmacology », *Journal of Ethnopharmacology*, vol. 134, no 3, 2011, p. 542-555.

LIEUTAGHI Pierre, *La Plante compagne. Pratique et imaginaire de la flore sauvage en Europe occidentale*, Arles, Actes Sud, 2004.

ODONNE Guillaume, BOURDY Geneviève, BEAUCHÊNE Jacques et al., « From Tonic-Cups to Bitter-Cups: Kwasi Bitá Beker from Suriname », *Journal of Ethnopharmacology*, vol. 110, no 2, 2007, p. 318-322.

ODONNE Guillaume, DAVY Damien, FLEURY Marie et GRENAND Pierre, « Petite ethnobotanique forestière guyanaise », dans RICHARD Hervé et ATENI Jean (dir.), *Guide des arbres de Guyane*, 3e éd., Cayenne, ONF, 2022.

ODONNE Guillaume, TAREAU Marc-Alexandre et VAN ANDEL Tinde, « Geopolitics of Bitterness: Deciphering the History and Cultural Biogeography of *Quassia amara* L. », *Journal of Ethnopharmacology*, 2020, article 113546.

TAREAU Marc-Alexandre et ODONNE Guillaume, « Médecines créoles guyanaise et haïtienne face au Covid-19 » [en ligne], *Revue d'ethnoécologie*, no 24, 2023 [consulté le 13 juillet 2026]. URL : <https://doi.org/10.4000/ethnoecologie.10378>

TAREAU Marc-Alexandre, THESEE Alexandre et ODONNE Guillaume, « Perceptions et changements d'usages de zeb a pik (*Neurolaena lobata* et espèces affines) à la Martinique » [en ligne], *Revue d'ethnoécologie*, no 24, 2023 [consulté le 13 juillet 2026]. URL : <https://journals.openedition.org/ethnoecologie/10375> (à vérifier selon l'URL exacte de l'article).

WALKER Kim et NESBITT Mark, *Just the Tonic: A Natural History of Tonic Water*, Kew, Royal Botanic Gardens, Kew Publishing, 2019.

Les peuples autochtones dans la pandémie du Covid.

Irène BELLIER

*Anthropologue,
Directrice de recherche émérite au CNRS*

La catégorie politique et relationnelle « peuples autochtones » a été forgée dans la foulée des négociations de la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones adoptée en 2007 (Bellier, Cloud et Lacroix 2017). Ce texte de droit international reconnaît leur personnalité juridique. On ne peut donc plus les oublier ou les considérer comme destinés à disparaître. Ce document oblige à considérer leur humanité. Ces peuples présents sur les cinq continents habitent tous les écosystèmes (désert, forêt, littoral, montagnes, plaine, banquise). En minorité démographique, ils sont généralement pauvres, discriminés et éloignés des services de l'État (éducation, justice, santé).

On ne dispose pas de statistiques à l'échelle du globe et les États oublient souvent de compter les personnes autochtones. Toutefois ces plus de 5000 peuples, dotés d'autant de langues propres et de variantes plus nombreuses, comptent environ 500 millions de personnes qui défendent 85% de la diversité bio-culturelle². Leurs situations démographiques, politiques et juridiques varient selon le pays qui les englobe, en raison de l'histoire de leur colonisation et de leur place dans les mouvements d'indépendance. Si la « mise en valeur des terres » est un problème depuis les premiers temps de la colonisation, aujourd'hui la pression des industries extractives sur leurs territoires est un souci majeur.

Il est important de préciser que leurs savoirs écologiques, botaniques et sanitaires bien utiles aux soins du corps et de l'âme, sont en train de disparaître, d'abord sur injonction des colonisateurs qui voulurent les « civiliser » au nom de dieu ou de la république —et réussirent à les décimer— puis au mirage du soi-disant « développement » qui remplace le territoire vivant par une terre qui meurt lorsque les richesses sont extraites sans soin (Bellier dir., 2014). Un facteur majeur d'acculturation a été l'école assimilationniste qui a bouleversé le rapport au monde et à la nature de ces peuples qui connaissent leur environnement depuis des millénaires (Bellier et Hays, dir., 2016). Cette situation ne doit pas occulter d'autres facteurs de vulnérabilité comme les assassinats, les déplacements forcés, les violences sexuelles et sociales, les migrations. Leurs effets sur les personnes et leur environnement ont été évoqués, en cours de pandémie, par les organisations autochtones.

Il fallait contextualiser le vécu des peuples autochtones pour présenter la manière dont ils ont été affectés par la pandémie. Leurs membres présentent au plan épidémiologique des vulnérabilités particulières aux virus portés par les nouveaux venus. De surcroît, ils ne sont pas aussi bien équipés que les membres de la société générale pour répondre aux agressions qui se présentent à eux.

² Voir <http://www.sogip.ehess.fr/> ; <https://iwgia.org/en/resources/indigenous-world.html> ; <https://www.un.org/fr/fight-racism/vulnerable-groups/indigenous-peoples> [consultés le 15 juin 2026]

L'exposition à des agents contaminants contre lesquels les personnes autochtones n'avaient pas développé de résistance est la cause bien connue des morts en nombre depuis le XV^e siècle (Bellier 2021). Tous les critères de risque mentionnés ont été présentés à l'Instance des Nations unies sur les questions autochtones (réunion en ligne en 2020)³.

En 2026, on ne dispose toujours pas de chiffres concernant l'impact du Covid-19 dans les pays qui englobent des peuples autochtones, mais des organisations ont produit des données et des enseignants-chercheurs ont publié des articles des études. Cela m'a permis de compléter l'analyse que j'avais publiée en mai 2020.

Le panorama est constitué des données recueillies sur les réseaux sociaux et les médias en ligne, en anglais, espagnol et français. Il concerne 24 pays : Argentine, Australie, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, États-Unis, France, Guatemala, Inde, Indonésie, Kenya, Mexique, Nicaragua, Nouvelle-Zélande, Panama, Paraguay, Pérou, Philippines, Salvador, Scandinavie, Venezuela, auxquels s'ajoutent ; la région Arctique pour les Inuit (déclaration de Inuit Circumpolar Conference) et les Sami (déclaration du Conseil arctique) ; la région Afrique (déclaration de Indigenous Peoples of Africa Coordinating Committee) ; la région Asie (déclaration de Asian Indigenous Peoples Pact). Les données sont plus nombreuses pour la région Amérique. Cela reflète le peu d'attention aux questions autochtones en Europe alors que, en avril 2020, c'était le premier continent en nombre de contaminations et de décès et l'importance des problématiques autochtones dans les Amériques, deuxième hotspot de la pandémie.

Le fruit de la consultation de centaines de sources (réseaux sociaux, presse, radio, organisations internationales, organisations autochtones, universités) est présenté en sept « rubriques ».

I. La mémoire des épidémies

La mémoire des effets dévastateurs des épidémies a fait retour avec le Covid. Le premier contact à l'époque coloniale avait été un choc majeur pour les autochtones. En 2020, ces histoires sont revenues au premier plan. Les déplacements forcés, la privation des ressources par la spoliation des terres, la rupture des systèmes d'alimentation et de soin affaiblissent des populations autochtones rendues pauvres et exposées à des virus inconnus. C'est ainsi qu'elles ont succombé à la rougeole, à la grippe, à la variole (Bellier 2021). Cette expérience a laissé en héritage des pratiques de quarantaine que les collectifs autochtones ont revivifié.

En Australie, les raisons de la « mort des aborigènes » sont plurielles mais l'exposition à des agents pathogènes contre lesquels les populations locales n'étaient pas immunisées (variole, rougeole, typhus, cholera, rhume, grippe) explique l'excès de mortalité. En 1788, une épidémie de rougeole réduisit le peuple Darug à un dixième de ce qu'il était.

Dans les Amériques, si l'on estime qu'une dizaine de millions d'« indiens » vivait dans la région nord au XV^e siècle, ils n'étaient plus que 360 000 vers 1900. Le choc épidémiologique éclaire leur extermination autant que le massacre des bisons, principale source d'alimentation. Le souvenir des tribus décimées par les

³ <https://social.desa.un.org/fr/node/171>

épidémies de grippe espagnole en 1918 et 1919 est vivace. En 2009, l'épidémie H1N1 y a été quatre fois plus forte que chez toute autre minorité.

Même chose au centre et au Sud. En Équateur, 90% de la population autochtone disparut au XVII^e et au XVIII^e siècle du fait des épidémies de variole ou de rougeole introduites par les Européens. En 2020, la crainte était vive du retour de la fièvre jaune, du choléra, de la grippe, du H1N1. La peur dominait de voir les aînés c'est-à-dire, la sagesse, la mémoire, l'autorité du peuple disparaître. Pour le Grand Conseil coutumier de Guyane, « Le contexte nous met face à l'héritage d'une blessure coloniale et au traumatisme collectif laissé par les épidémies qui ont décimé nos ancêtres ».

Au Brésil, l'Instituto Socio Ambiental⁴ a élaboré un récit articulant l'arrivée des missionnaires, le développement des maladies et l'affaïssement démographique des autochtones depuis 1554, date de la première messe, jusqu'à aujourd'hui. Les vecteurs épidémiques ont été la rougeole, la variole, la grippe et le choléra. La contamination se produisait par contact, notamment lors d'échanges d'artefacts. L'arrivée des épidémies coïncident aussi avec la construction d'une route ou d'un barrage. Comme le dit l'anthropologue Bruce Albert en mars 2020 :

Nous en savons encore peu sur cette maladie. Nous savons que les origines du nouveau virus semblent liées à la destruction de l'habitat et à la commercialisation des animaux sauvages. Mais nous n'avons pas encore d'immunité, de médicaments ou de vaccins pour l'arrêter. [...] cela me rappelle les histoires que les anciens Yanomami m'ont racontées à propos des moments où ils se sont enfuis dans la forêt en petits groupes pour se cacher de « l'esprit épidémique » cannibale *Xawarari*.⁵

Cette histoire se répète au Groenland et en Alaska, en Afrique et en Asie, nourrissant la croyance que ces peuples sont « voués à disparaître ». Portant la mémoire du trauma, les messages des réseaux sociaux rappellent que les personnes âgées et les enfants sont les plus vulnérables.

Pour comprendre la propagation du virus et la « grande peur » dans le contexte du Covid il faut appréhender les expériences autochtones sur deux plans. Au premier, se situent les moments-contact que sont les réunions politiques, religieuses ou familiales, le passage de touristes, le travail précaire, esclave ou salarié. Au second plan se présentent les conditions de vie autochtones et les menaces qui limitent la possibilité de sortir indemne : le développement prédateur (déforestation, orpaillage) ; la présence d'agents violents (narcotrafiquants, *guerrilla*, militaires) ; la condition de déplacés internes, à l'abandon dans les villes où ils ont atterri.

Les perceptions évoluent entre le début de l'épidémie et mai 2020 : les personnes passent du mépris pour cette maladie qui avance masquée au sentiment qu'elle peut les atteindre et tous leurs proches avec. Lorsque les voyages ont repris, que les morts ont été comptés, on a pu faire un bilan critique des effets de cet agent pathogène qui a fait irruption dans nos vies occidentales comme dans les vies autochtones et celles du Sud global. Mais de quels chiffres disposait-on ?

II. Ce que les chiffres disent ou pas...

⁴ <https://Covid19.socioambiental.org/index.html> [consulté le 17 juin 2026]

⁵ Voir Davi Kopenawa et Bruce Albert (2014) et Bellier (2020)

Les chiffres changeaient tous les jours, sans données nationales sur le nombre d'autochtones contaminés, décédés ou guéris. Agoramoorthy et Hsu notent, pour l'Inde, dans une étude publiée en 2023 :

A quick search of the word "COVID-19" in Web of Science database for 2020 has yielded 41 798 papers and when the phrase "COVID-19 indigenous people" was used, it yielded only 38 papers. When we have added "India" in the search, it did not yield anything, which shows the deficiency of data on the rarely discussed topic.

En Amérique du Sud, Filac (Fondo Indígena para Latino America y Caribe) a lancé la Plataforma Indígena Regional de Lucha contra el Covid-19 indígenasCovid19.red) : 700 peuples sont en risque grave. Au Brésil, l'Associação dos povos indígenas do Brasil distinguait (au 16 mai 2020) le nombre de personnes autochtones (92 décès, 446 contaminées), le nombre de peuples touchés (38) ainsi que le nombre des états concernés (9). Au Mexique, l'Instituto nacional de pueblos indígenas et la Secretaria de gobierno présentait des chiffres qui variaient entre eux. Au Nicaragua, c'est une ONG qui suivait la pandémie en région autochtone.

Les comptages étaient aléatoires et les organisations autochtones indispensables pour évaluer l'impact de la pandémie. En Afrique, the Africa Centre for Disease Control and Prevention notait une forte prévalence en Afrique du Nord mais sans indication sur les peuples autochtones. En Asie, l'Association des nations du sud-est asiatique donnait accès aux données par pays mais sans préciser les situations des populations autochtones. Dans ces deux continents, les gouvernements considèrent les peuples autochtones comme des minorités nationales ou ethniques (par ex. Chine ou Vietnam) ou des groupes vulnérables (Inde, Namibie). Dans tous les cas, les chiffres de contamination et décès n'étaient pas ventilés sur critères socio-économiques, ethniques ou territoriaux.

Sur la base des données que j'avais rassemblées au 16 mai 2020 pour produire une synthèse, deux cas de figure se présentaient : celui des autochtones urbains (en ville ou de retour en communauté) et celui des autochtones des communautés rurales. Dans ce cas, les situations variaient selon la distance et le voisinage, la santé du territoire, la présence des exploitations extractives ou d'autres facteurs de risque. Pour le Mécanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones :

Les peuples autochtones vivant dans des camps de réfugiés ou de personnes déplacées, dans des centres ou des institutions de détention, les migrants dans des cadres administratifs, ont un risque plus élevé d'attirer la maladie.⁶

Les cadres de vie éclairent l'exposition des personnes et des peuples autochtones au risque du Covid-19 et la nature des mesures adoptées pour se protéger. Une partie des problèmes rencontrés par les autochtones est liée à la condition de pauvreté et de marginalisation.

La vulnérabilité des peuples en isolement volontaire a attiré l'attention des médias. Savoir qu'il existe des groupes isolés à proximité de peuples en contact

⁶ Mécanisme d'experts des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, 6 avril 2020, « COVID-19 : un nouveau défi pour les peuples autochtones » <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/EMPRIP-French.pdf> [consulté le 20 juin 2026]

récent a aggravé la conscience du risque encouru par l'entrée du virus : en Équateur, la nationalité Waorani a prévenu qu'ayant été récemment contactée ses membres n'étaient pas immunisés contre toutes sortes de maladies ; pour cela, prévenaient-ils, ils devenaient un facteur de risque pour les Tagaeri et Taromemane qui veulent rester en isolement. La question de protéger l'isolement de groupes très vulnérables a été évoquée en Asie à propos des 60 Grands Andamans, 124 Onge, 200 Sompén, 520 Jarawas et 60 Sentinelles qui sont au bord de l'extinction. Cela a conduit à fermer tout accès externe à leurs territoires de vie. Dans les îles Nicobar et Andaman et 18 états en Inde, 75 tribus répertoriées (*scheduled tribes*) ont été qualifiées de *Particularly Vulnerable Tribal Groups*.

Dans les Amériques, on distinguait plusieurs situations. Aux États-Unis, l'exemple du peuple Navajo a marqué les esprits : le taux de contamination au coronavirus enregistré jusqu'en mai 2020 dépassait celui de la ville de New York ; et le territoire ne disposait que de 12 centres de soin sur 72 000 km². En Arizona, le département de la santé révéla que les *Native Americans* qui représentent 6% de la population constituaient 16% des décès. Au Nouveau Mexique, les autochtones représentaient 33% des morts alors qu'ils ne sont que 10% de la population. Un article du Guardian a fait état de données diffusées par 80% des services de santé états-uniens, révélant les disparités concernant les Noirs et les hispano-américains, liées à la précarité socioéconomique. La moitié de ces services ne mentionnait pas les amérindiens. Or 50% des *Native Americans* et des *Alaskan Natives* vivent dans 10 états. Le Texas, la Floride, New York et le Michigan les qualifient d'« autres », soi-disant parce que leur nombre est faible. Pour Abigail Echo-Hawk, une femme pawnee, directrice du Conseil d'administration des services de santé des indiens en ville :

We are a small population of people because of genocide. No other reason...
If you eliminate us in the data, we don't exist. We don't exist for the allocation of resources.⁷

Les données abondaient pour l'Amérique du Sud et du Centre. Au fil des échanges en ligne et des médias, on pouvait suivre l'avancée de la contamination au coronavirus de peuple en peuple, les communiqués indiquant l'identité des décédés.

Les données témoignaient de la croissance exponentielle des contaminations en milieu autochtone au Brésil. Les foyers les plus graves étaient identifiés et des histoires singulières étaient relatées avec précision. Par ex. :

Une femme Borari de 87 ans est morte à Santarem ; une femme Palikur de 35 ans est décédée et la suspicion de Covid est arrivée 20 jours après ; un adolescent Yanomami de 15 ans est mort à l'hôpital de Roraima après 20 jours de souffrance, sans avoir été testé dans aucune des quatre visites qu'il a fait : dénutri, impaludé, anémié, il n'a survécu que 3 jours lorsqu'il a été hospitalisé ; un homme Tikuna de 78 ans est mort à Tabatinga d'une suspicion de contamination à l'hôpital où il était suivi pour des problèmes cardiaques ; un homme Kokama de 44 ans est mort à Manaus contaminé par un autre patient testé positif dont il partageait la chambre, ses symptômes avaient été rattachés à une maladie auto-immune ; un homme Baniwa de 46 ans a été contaminé au travail comme agent de santé du

⁷ <https://www.theguardian.com/us-news/2020/apr/24/us-native-americans-left-out-coronavirus-data> [consulté le 18 juin 2026]

gouvernement de l'état ; 1 homme Apuriña de 77 ans, du côté de Manaus, qui présentait des signes d'asthme, est mort au dispensaire du coin ; etc...

La diversité des peuples impactés est préoccupante si l'on tient compte de leur faible démographie. Dans l'état d'Amazonas, à 850 km de Manaus, sur un territoire de 110 000 km² vivent 23 peuples autochtones, pour une population estimée à 40 000 personnes, amérindiennes à 85%. Ils sont menacés par les échanges entre l'intérieur de la forêt et la ville. Des mesures de confinement ont été décrétées le 10 mai après que soient déclarés 54 cas, 4 morts et 186 personnes en observation. La pandémie a continué de s'étendre.

En Colombie, l'état d'Amazonie était sous tension avec en moyenne 90 infectés pour 10 000 habitants, le taux d'infection le plus élevé du pays, devant Bogota. Le 11 mai 2020, étaient recensées : 718 contaminations, avec une croissance de 200% par jour ; 25 morts à Leticia, ville composée d'autochtones à 70% (Mirana, Tikina, Inga, Tariano de yavare, Yukuna, Ocaina, Mokana Uwa, Yupkan pastos, Wayuu, Yanacona). Constatant la mort de 6 autochtones, l'Organisation des peuples autochtones de l'Amazonie colombienne alertait d'un risque s'étendant à 315 800 familles. L'Organisation nationale des autochtones de Colombie alerta que 535 000 personnes étaient confinées sans eau, ni alimentation, ni masque ni gel.

En Équateur, Patricia Gualinga, Kichwa du Sarayacu a fait état de 3 000 personnes autochtones, rentrées au territoire en Amazonie pour se protéger ; la nationalité Waorani a signalé que ses 4000 membres manquaient d'aliments et de médicaments et que 150 familles demeuraient dans les enceintes des compagnies pétrolières sans possibilité de récolter les fruits de leurs jardins, ni pêcher, ni chasser. Le peuple Shuar Arutam a identifié la source de la contamination ; le contact avec des personnes revenant d'une réunion organisée par une entreprise minière, au Canada.

En Australie ou en Afrique, on disposait d'informations plus générales. Pour l'Australie, on relevait le pourcentage d'aborigènes en ville (79%) et le nombre de communautés isolées : dans le Territoire du Nord vivent environ 76 communautés aborigènes et 500 foyers. Également concernés par le risque de contamination, les problèmes n'étaient pas vécus à l'identique. En milieu rural, la protection est passée par la fermeture des accès routiers par le gouvernement : les aborigènes ne disposaient que d'un accès restreint à la ville d'Alice Spring pour suivi médical et courses alimentaires.

III. La circulation de l'information vers les peuples autochtones

Informé était une priorité partout. Cela a surtout été accompli par des organisations locales autochtones. Alors que l'OMS recommandait la vaccination il fallait un dispositif particulier qui tarda à se mettre en place. Dans l'étude qu'il a consacrée au Pérou, Rodrigo Orcotorio Figueroa critique l'inadaptation des préconisations :

... les autorités insistaient sur le maintien d'une distance entre les personnes, le port du masque, la désinfection des vêtements et le lavage fréquent des mains, ainsi que des fruits, légumes, etc., pendant plus de vingt secondes afin de réduire le risque de contracter la maladie. [...] Elles étaient impossibles à suivre. L'immense majorité des foyers ne dispose pas d'accès à l'eau potable, et lorsque

c'est le cas ça l'est pour des périodes très courtes. La situation la plus critique concernent les communautés autochtones et les départements de l'Amazonie.⁸

Les personnes autochtones vivent souvent à distance des centres urbains et à l'écart des sociétés majoritaires dont elles ne partagent pas toujours la langue. Lorsqu'elles sont accueillies à l'hôpital, elles ont du mal à dire leurs symptômes, à se faire entendre des soignants. Il était difficile de comprendre les consignes de gestes barrières, les mesures de distanciation sociale et l'interdiction des contacts entre soi.

Au Brésil, la Fondation Oswaldo Cruz a mis en place un site dédié au Covid-19, incluant des liens sur l'impact dans les populations autochtones. Un groupe d'étudiants amérindiens de l'université fédérale de Manaus a rassemblé des informations et relayé des messages. *Pueblos amazonicos en la pandemia de Covid-19*, un groupe Facebook a été créé pour présenter des messages en langues autochtones. Encore fallait-il être équipé et disposer d'électricité ou d'argent pour remplir les générateurs à fuel.

Mais des supports de communication ont été élaborés en langues autochtones : en Équateur, la Confeniaie a distribué des fascicules en kichwa, achuar, wao tededo, aingae (Ai Kofan), paikoka (Siona et Siekopai) et espagnol. De même, au Guatemala, au Mexique, au Pérou (32 langues), en Bolivie (aymara, quechua, guarani). En Australie, où les autochtones n'ont pas toujours accès à une information en des termes compréhensibles et appropriées sur le plan culturel, the Northern Land Council a produit des messages en 19 langues. Au Sahel, des messages circulaient en tamasheq, par la téléphonie. Ahmed Ag Kaedi, chanteur du groupe Amanar a enregistré une chanson intitulée Coronavirus. Des radios communautaires ont diffusé des messages de prévention. The National Indigenous Australians Agency a développé des supports vidéo en anglais et en langues aborigènes, avec les leaders des Premières nations pour accompagner la crise sanitaire dans les milieux des aborigènes et insulaires du détroit de Torres. En Guyane, sur le littoral ou à l'intérieur des terres, comme en Nouvelle-Calédonie sur la Grande terre ou les atolls des Loyauté, des banderoles transmettaient des informations en langue vernaculaire.

Les messages étaient diffusés sur toute sorte de supports possibles, par voie d'assemblée, par mégaphone dans les villes, par radio et téléphone dans les zones rurales, désertiques ou forestières et sur les réseaux sociaux. Mais la fracture numérique concerne les autochtones tout comme les populations économiquement fragiles : les réseaux (Internet, radiophoniques et téléphoniques) ne sont pas toujours accessibles ni stables, l'électricité manque pour recharger les batteries et l'essence destinée aux générateurs a un coût. La couverture informationnelle présentait des trous.

Ce dispositif a eu deux conséquences. Dans l'impossibilité de faire fonctionner les écoles, l'enseignement à distance s'est propagé. Avec lui, ont fait leur entrée les tablettes et ordinateurs dans les communautés, distribués par le ministère. Les jeunes se sont mis à jouer avec et aussi des téléphones. C'est la deuxième des conséquences : ils ont été happés par les contenus en ligne du genre tiktok.

⁸ Ma traduction. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/Kawsaypacha/article/view/24332/23953>

Via ces media et les messages relatifs au Covid, un nouveau vocabulaire s'est introduit, relayant des concepts et des pratiques exogènes au groupe. Mais la perception du virus et de l'épidémie tout comme la prescription des comportements à suivre ont pu être très éloignées des recommandations dominant la communication de l'OMS ou des départements nationaux de santé publique.

IV. Les plans d'analyse des attitudes face à la pandémie

La peur du contact, de l'étranger, de l'autre, de la perte, s'est répandue.

En 2020, l'épidémie était qualifiée d'« arme biologique » en Amérique latine, de « cataclysme biologique » au Brésil. Depuis la pandémie, le vocable de génocide circule activement. En Équateur, les grands-pères et grand-mères Siona Secoya se souvenaient des épidémies dans le sillage des missionnaires, des caoutchoutiers et des voyageurs qui les ont forcés à se réfugier loin en forêt : ils étaient 40 000, ils sont environ 700. Voir en 2020 les cadavres alignés le long des trottoirs a causé un choc.

Au premier plan, se trouvent les manières de se protéger contre le virus et de s'adapter à la situation induite par sa propagation et par les décisions étatiques. Que l'on soit au Pérou ou en Inde, en Afrique ou ailleurs, les autochtones habitant en ville ont essayé de rentrer dans leurs communautés lorsque le confinement a été déclaré. Cela a suscité des déchirements au moment de prendre la décision de ne pas accueillir ces parents (de retour). Ils étaient suspects. Les Awajuns et les Wampis ont été soumis à des tests préalables : un dispositif de quarantaine a été prévu dans un hôtel. Les communautés de l'intérieur suppliaient leurs parents de ne pas revenir par manque de ressources pour nourrir tout le monde. Ces « parents migrants » restaient parfois coincés hors de chez eux ou de leurs communautés.

« On a plutôt peur de celui qui viendrait de l'extérieur, mais entre nous on n'a pas peur », résume le président du Grand Conseil coutumier de Guyane française, chef du village Balaté. Sur le fleuve Maroni qui marque la frontière avec le Surinam, les habitants craignaient la contamination via les comptoirs qui avoisinent les villages : ces établissements, tenus par des Chinois, sont liés au trafic d'or. Chacun peut y trouver boissons fraîches, riz, poulet congelé, essence et services sexuels. Même chose du côté de l'Oyapok, fleuve frontalier avec le Brésil. Le coronavirus pouvait se propager sans que l'on connaisse le cas contact.

La peur s'est étendue aux circonstances par lesquelles les autochtones ont été amenés à s'exposer à des situations dans lesquelles eux-mêmes deviennent dangereux. En Amazonie, les groupes isolés ou récemment contactés, s'exposent au risque quand ils s'approchent de groupes avec qui ils entretiennent des relations d'échange. Ceux-ci multiplient les risques lorsqu'ils vont en ville toucher l'aide sociale (*bolsa familia*), comme le signale Manuela Carneiro da Cunha pour le Brésil (2020).

Indigenous Peoples of Africa Coordination Committee a dénoncé le manque des ressources pour lutter contre la mortalité du virus : manque d'eau potable, de nourriture, de fournitures médicales et d'information de base. L'ONG a aussi dénoncé la peur que les autochtones servent de cobaye dans la recherche d'un traitement, suite à l'hypothèse émise par un médecin français de tester les vaccins contre le coronavirus en Afrique.

La pandémie s'inscrit dans un système qui dépasse le temps présent. On touche ici au deuxième plan. De divers côtés autochtones, la maladie a été perçue comme le signe d'un désordre, rattaché à la rupture des équilibres entre « nature » et « culture ». Une alliance d'organisations (Mouvement des travailleurs sans-
toit, Confeniae, ONIC, Coordinación y Convergencia Nacional Maya Waqib'Ke) estimait que les peuples autochtones étaient en première ligne d'une résistance aux pires « expressions d'un système en décomposition » : dans leur vocabulaire la souffrance des individus se rapporte à celle de la terre-mère ; le remède passerait par le changement des pratiques agro-industrielles. Au Chili, des Mapuche comprenaient la pandémie comme le résultat d'une mauvaise relation entre espèces à l'intérieur de cette grande maison qu'est la planète : le fruit des transgressions sur les espaces sacrés que sont la mer, les collines, les lacs et les rivières, perpétrées par l'exploitation prédatrice de ces territoires.

À côté de l'interprétation récurrente d'un agent pathogène qui s'inscrit dans l'histoire des contacts qui atteignent les individus et, à travers leurs morts celles du peuple et des territoires se déploient d'autres interprétations du virus, comme celle du président du Nicaragua, D. Ortega, pour qui la pandémie était un « avertissement de dieu ». Cela rappelle les propos des évangélistes, de diverses obédiences, dont les assemblées ont été signalées en Europe (et ailleurs) comme source de la propagation du virus.

L'épidémie s'inscrit dans un système socio-politique. Le communiqué de l'Instance permanente sur les questions autochtones souligne que :

La pandémie de coronavirus (COVID-19) constitue une grave menace pour la santé des peuples autochtones du monde entier. Les communautés autochtones connaissent déjà un accès limité aux soins de santé, des taux très élevés de maladies transmissibles et non transmissibles, le manque d'accès aux services essentiels, à l'assainissement et à d'autres mesures préventives clés, telles que l'eau potable, le savon, le désinfectant, etc. La plupart des installations médicales locales de proximité, lorsqu'elles existent, sont sous-équipées et manquent de personnel. Même lorsque les peuples autochtones peuvent accéder aux services de santé, ils peuvent être confrontés à la stigmatisation et à la discrimination. Un facteur clé est de veiller à ce que ces services et installations soient fournis dans les langues autochtones et en fonction de la situation spécifique des peuples autochtones.⁹

Dans les contextes de marginalisation sociale la pandémie aggrave les stéréotypes négatifs. Formulés en temps ordinaire à l'encontre des groupes dont les leaders sont criminalisés, ils s'étendent en temps de pandémie à tout autre individu présentant des « traits chinois ». L'organisation Asian Indigenous Peoples Pact a fait savoir qu'en Inde, en ville et en différents points du pays, des autochtones étaient discriminés au faciès : appelés « corona » « chinois » « chinki » ou « coronavirus » dans la rue ou les trains. Ils étaient interdits des immeubles, obligés de déménager, forcés d'entrer en quarantaine même sans symptôme : aux yeux des majoritaires, ils étaient le virus.

La pandémie s'est inscrite dans un contexte de lutte. En témoignent les communiqués des organisations de soutien aux peuples autochtones qui se préoccupent des moyens de réaliser les droits fondamentaux que sont le droit à la vie, à la santé, à la terre, à un environnement sain. Ainsi du communiqué de la Comisión nacional de los territorios indígenas, à Bogota, le 2 mai :

⁹<https://social.desa.un.org/issues/indigenous-peoples/Covid-19-and-indigenous-peoples>
[consulté en anglais, le 18 juin 2026]

Le coronavirus représente une menace supplémentaire contre les peuples autochtones en contexte de vulnérabilité et les conflits armés augmentent le risque d'extinction physique et culturelle. Nous sommes confrontés à différentes situations de violation des droits humains sur le territoire national, ce qui a conduit à déclencher des alertes d'un possible ethnocide en Amazonie colombienne, une région fragile sur le plan de ses systèmes de santé, [et à relever] les grands défis humanitaires face à l'urgence.¹⁰

La question de la violation des droits fonciers se posait au Brésil aussi car les envahisseurs ont profité du confinement et de l'absence de l'État pour occuper des terres, brûler des sols et y planter de l'herbe pour le bétail ou des semences de production rentière.

V. Qu'ont fait les autochtones face à la pandémie ?

La contagiosité du virus a été retracée. Les consignes de confinement et de clôture des accès ont été suivies bien qu'elles se heurtent aux modes de vie usuels et à la porosité des frontières. Mais les décisions autochtones ont parfois été violées par des non-autochtones qui cherchaient à poursuivre leurs activités, même illégales, sur les territoires. Des tensions ont émergé avec les autorités étatiques à qui les autochtones ne faisaient pas confiance pour les protéger. En témoigne le bras de fer aux États-Unis, avec les Sioux de la rivière Cheyenne qui refusaient de lever leurs contrôles des accès à la réserve : au vu du manque de ressources médicales et de la distance des dispensaires, ils bloquaient l'accès aux personnes provenant de zones hautement contaminées. Le gouvernement de l'état voulut forcer la réouverture.

Fermer les accès

Sur le littoral de la Guyane française, les Lokono ont mis en place un barrage filtrant pour interdire l'accès aux personnes étrangères. Ce repli eut lieu dans deux autres localités autochtones, proches du village Cecilia qui avait connu le premier mort de Guyane. Les familles qui n'étaient pas placées en quarantaine circulaient sous l'œil du doyen du barrage qui annotait les allées et venues de chacun.

Ailleurs, comme au Guatemala, des conseils municipaux ont établi des cordons sanitaires, des postes de contrôle de la température et des itinéraires. Au Chili, le village de Tirua en Araucanie, en accord avec les organisations sociales et communautés mapuche, a fermé le territoire municipal. En Équateur : une communauté shuar a fermé son accès lorsqu'elle a constaté qu'une seule personne, identifiée contagieuse par l'entreprise minière pour laquelle elle travaillait et mise en quatorzaine avait été en contact avec 80 personnes ; la nationalité achuar a interdit son territoire aux touristes ; la Conai et la Confeniae voulaient maintenir des mesures d'isolement social jusque fin mai, en prévoyant des gardes communautaires tout en autorisant la tenue des foires locales pour permettre la survie alimentaire. Cela fut suivi par les Waorani, les Sionas, les Kichwa, les Cofanes, les Shuar, les Achuar, les Sapara, les Andwa et les Shiwiari. Au Mexique : les communautés du Guerrero demandèrent au gouvernement de

¹⁰ <https://www.cntindigena.org/lanzamiento-informe-Covid-19/> et <https://www.cntindigena.org/impactos-del-Covid-19-en-los-derechos-territoriales-de-los-pueblos-indigenas-en-colombia/> [consulté en espagnol, le 18 juin 2026]

respecter les fermetures de leur territoire ; les Wixaritari ont mis en quarantaine ceux qui revenaient dans les communautés et suspendu toute festivité. Au Pérou, l'organisation des femmes a appelé à fermer les villages. En Bolivie, les Yuqui, Masetén, Aymara, Monkoxi, Quechua ont interdit l'accès à leurs territoires.

En Australie, le foyer des Warlpiri a bloqué ses accès dans le désert. La fermeture de la route a isolé 600 communautés. Ces blocages ont eu des conséquences comme celles évoqués par la présidente du Conseil Sami (Scandinavie) :

Le confinement a empêché les activités rassemblant des personnes et eu un impact considérable sur la vie culturelle sami, car nos festivals et marchés ainsi que nos conférences et séminaires constituent d'importants lieux de rencontre pour notre peuple. De nombreux Sami et organisations tirent leurs revenus de la participation à ces événements, et nos *duojárat* – nos artisans – comptent sur ces manifestations pour vendre leurs produits. En raison de la propagation de la Covid-19 et du confinement, les artistes et organisateurs samis ont perdu leurs revenus¹¹.

S'appuyer sur des structures coutumières ou des institutions propres.

Plusieurs exemples ont été présentés par les organisations autochtones. En Nouvelle Calédonie, les Kanak se sont confinés, confiant en leur organisation traditionnelle et écoutant les chefs coutumiers. Aux Philippines, l'ancienne Rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des peuples autochtones, signala la fermeture des villages dans la région des montagnes : un retour aux pratiques traditionnelles en cas d'épidémie. En Thaïlande, les Karen ont pratiqué le *kroe yee*, fermeture du village qui se traduit par un engagement spirituel d'action collective. À Sumatra, les Orang Rimba ont remis en pratique le *besesandigon*¹² consistant à se réfugier dans la forêt d'un parc national et réactiver la pratique réservée à ceux qui reviennent d'un voyage en ville. Les malades sont reclus à 500 m du village, pour une quarantaine dont le respect est impératif : la personne cachant sa maladie est punie et doit fournir des pièces de tissus dont le nombre augmente si la contamination induit la mort d'autrui.

En Bolivie, la commune de Jésus de Machaca a adopté ses mesures de prévention, incluant la fermeture des accès, l'achat de fournitures, une salle d'isolement et l'ouverture contrôlée du marché local pour permettre la subsistance des familles. Au Mexique, Cheran qui met en oeuvre son autonomie au sein du Michoacan, a fourni divers services à la population incluant l'accès à son hôpital, malheureusement dépourvu de médicaments et de respirateurs. À Panama, où l'infrastructure de santé est défaillante, le confinement a été imposé à tous le 12 mars, avec une alternance des sorties entre hommes et femmes, un temps limité à 1 h pour les courses et la suppression des ventes d'alcool. Cela a créé de lourds problèmes pour les pauvres et dans territoires autonomes des Guna sur deux zones où vivent 500 000 amérindiens, soit 12% de la population¹³. Le

¹¹ Interview with Christina Henriksen, President of the Saami Council, <https://arctic-council.org/news/the-impact-of-Covid-19-on-saami-communities/> [consulté le 21 juin 2026]

¹² Dedi - Arman and Anastasia Wiwik Swastiwi, « Strategi Adaptasi Orang Laut Masa Pandemi Covid-19 di Kabupaten Lingga, Kepulauan Riau », *Warisan Journal of History and Cultural Heritage* 4(1):11-18 https://www.researchgate.net/publication/373201230_Strategi_Adaptasi_Orang_Laut_Masa_Pandemi_Covid-19_di_Kabupaten_Lingga_Kepulauan_Riau [consulté le 20 juin 2026]

¹³ Communication personnelle de Jean Foyer.

territoire qui a connu 131 cas et 3 morts a été fermé par décision des autorités guna. Au Pérou, le plan d'urgence du gouvernement autonome Wampi incluait une commission de dialogue avec le gouvernement, la surveillance des frontières territoriales, la fourniture de paniers aux familles et aux jeunes retenus à Lima ainsi que des mesures d'isolement volontaire.

Retrouver les territoires, les défendre des colons

En Équateur, une partie des personnes âgées et des familles Secoya s'est déplacée en aval à défaut d'information claire du gouvernement, l'autre est restée en amont. Ceux de l'aval se sentant trop proches de la maladie, voulaient s'isoler totalement. Le problème est que les territoires autochtones ne sont pas toujours en capacité de permettre une subsistance élargie aux personnes de retour. Or le désir de retrouver une autonomie a été revivifié par la pandémie. La perte des emplois précaires a revitalisé les activités traditionnelles, comme au Venezuela, où des communautés ont repris leurs pratiques traditionnelles de chasse, de pêche et de collecte. Lorsque les écosystèmes sont en bonne santé, ces pratiques ont été utiles.

Retrouver le cœur du territoire était un moyen de faire face à la pandémie que Davi Kopenawa conseillait en incitant les Yanomami à préparer de la *fariña* (farine de manioc) pour 40 jours. La forêt vivante est source de protection. Mais lorsque les territoires sont dégradés, les capacités de subsistance sont mises à mal et lorsqu'ils sont envahis par des orpailleurs, comme c'est le cas de la *terra indigena* Yanomami avec près de 30 000 orpailleurs illégaux pour 22 000 Yanomami, le risque était avéré et appelait des mesures de protection réelles.

La plus grande crainte était que les dispositifs de contrôle territorial soient violés par les agents extérieurs aux communautés qui poursuivent leurs activités (extraction, déforestation), qui travaillent dans des conditions misérables et se moquent des gestes barrières. Au Brésil, selon les entités indigénistes entendues par l'Agência Pública, les va-et-vient incontrôlés des exploitants de mines illégales constituèrent le grand défi des professionnels de la santé et des dirigeants qui luttaient pour éviter la propagation du virus. Pour Sonia Guajajara, à l'époque coordinatrice de l'Articulation des peuples autochtones du Brésil :

La meilleure façon de se préserver maintenant, c'est de maintenir les communautés isolées, leur conseillant de ne pas sortir ni recevoir de visites. Nous avons une expérience très perverse des maladies contagieuses qui ont décimé des groupes entiers par le passé. Tout le monde a peur.¹⁴

L'Institut national de recherche spatiale du Brésil indiqua que les zones déboisées avaient pratiquement doublé en Amazonie, en mars 2020, passant de 2649 à 5076 kilomètres carrés [l'équivalent d'un département français]. Pour la députée autochtone, Joenia Wapichana, coordinatrice du Front parlementaire commun pour la défense des droits des peuples autochtones :

Cette période de crise sanitaire n'a pas arrêté les invasions qui visent l'exploitation des ressources naturelles à l'intérieur des terres *indigenas*.

¹⁴ <https://basta.media/Bresil-indigenes-populations-autochtones-coronavirus-mines-Bolsonaro> [consulté le 18 juin 2026]

Enoque Taurepang (communauté Araça, coordinateur du Conseil *indigena* du Roraima) soulignait:

Nous avons des problèmes avec l'immigration, l'exploitation minière illégale et maintenant avec la fuite de gens qui quittent les villes pour aller se réfugier dans les villages et les zones rurales. Nous travaillons avec les groupes de surveillance au contrôle de notre territoire. Mais ces personnes, seules, sans équipement, ne peuvent pas faire ce travail car cela les expose aussi au risque de contracter cette maladie.

Il aurait fallu aussi bloquer les missionnaires d'Ethnos 360 qui, avec le soutien du président Bolsonaro, voulaient aller au contact des groupes isolés pour « les évangéliser avant qu'ils ne meurent ».

La situation créée par le Covid fut mise à profit par des colons qui établissaient un régime de violence accrue. Au Nicaragua, des personnes mayangna et miskito ont été abattues lors d'un raid-surprise de colons et d'éleveurs de bétail. En Colombie, le risque du Covid-19 ajouta une raison supplémentaire de mourir à côté des assassinats réguliers des leaders (13 entre janvier et mai 2020). Chez les Awa qui souffrent déjà de maladies respiratoires, d'absence d'eau potable et de mauvaises conditions sanitaires, la dissidence de la *guerrilla* s'est imposée pour contrôler les chemins en violentant les gardes autochtones.

Au Canada, International Indian Treaty Council (IITC) dénonça le fait que le gouvernement utilisait la pandémie pour faire passer des projets de développement sans garantie de clauses environnementales ni obtention du consentement préalable : à propos d'un *pipeline* pour le pétrole issu des sables bitumineux que les autochtones contestaient au long de son trajet. En Guyane, la mise en place d'un nouveau projet de mine d'or a soulevé l'opprobre des organisations autochtones et environnementalistes non associées à la décision prise sans consultation.

Dans les pays tenus par la Convention 169 de l'OIT qu'ils ont ratifiée, tous les dispositifs de consultation en vue d'obtenir le consentement des autochtones pour des projets administratifs ou économiques ont été suspendus. Les projets ont suivi leur cours ce qui représente une violation des droits des peuples autochtones.

VI. Les autochtones et les mesures de distanciation

Les autochtones mirent de l'avant que leur mode de vie était contraire aux mesures requises pour limiter les contaminations, soit qu'ils partagent des espaces très restreints entre membres de la famille, qu'ils sont « tactiles » ou qu'ils manquent d'eau, de savon et de matériels de protection.

Selon qu'ils sont en communautés ou dans les villes, les conditions de logement, d'hygiène sanitaire et d'accès à l'eau étaient plus ou moins problématiques. Les normes prévalant dans les sociétés urbaines développées étaient impossibles à suivre en contextes autochtones.

Dalee Sambo, la présidente de l'Inuit Circumpolar Council (ICC) a signalé que :

les Inuit comprennent que la distanciation physique et l'isolement social aident à contrôler la pandémie, mais la famille est au centre. Partager le repas, se soutenir mutuellement et être physiquement ensemble est ce qui nous définit en tant que

culture ... Nous sommes habitués à vivre ensemble en groupe, la distanciation sociale est un concept étranger. Et nous avons l'expérience du passé, avec des conseils semblables qui se sont traduits par des maladies dévastatrices telles que la tuberculose, la polio, la rougeole.

En Guyane, la distanciation sociale semblait chose impossible, comme le signala le chef coutumier Roger Labonté :

[...] il y a au moins 15 à 20 personnes par maison. J'ai souvent fait des demandes, mais on n'a toujours pas de foncier mis à disposition pour notre communauté. Si le virus arrive dans les villages, il va vite se répandre.

L'histoire se répète. En Afrique, IPACC a signalé que l'absence d'eau potable et le manque de logement équipés de sanitaires posaient un réel risque de développement du Covid-19. Aux États-Unis, 30% des familles navajos n'avaient pas accès à l'eau courante : elles devaient la chercher jusqu'à une quarantaine de kilomètres de leurs habitations. Jonathan Nez, le chef de la nation navajo déclara :

Au milieu de la première puissance mondiale, aux États-Unis d'Amérique, nos citoyens n'ont pas le luxe de pouvoir ouvrir un robinet pour se laver les mains avec de l'eau et du savon.

Et quand les communautés autochtones vivent près d'un fleuve, l'eau peut être si polluée par l'exploitation minière qu'elle est impropre à l'hygiène et à la vie.

Alors que des dispositifs de confinement étaient adoptés par les communautés, que le port de masque se répandait – tous les moyens du bord étant utilisés : masque de feuilles en forêt, *mola* au Panama, finement brodés au Guatemala – la vie sociale et cérémonielle était très perturbée. Les Maoris durent suspendre les cérémonies incluant le *kawa*, le *hong*i et le *hariru* et stopper les gestes affectifs (embrassades, baisers) dans la famille. Les cérémonies qui ont une fonction de cohésion sociale furent suspendues.

VII. Vivre, se nourrir, se soigner en temps de pandémie

La fermeture des centres urbains et la suspension de la vie économique a affecté les autochtones urbains et bousculé le système liant les noyaux urbanisés aux communautés éloignées. En général, les autochtones occupent des emplois précaires et mal rémunérés aussi la perte du revenu quotidien a-t-elle eu de graves conséquences.

En Inde, les *adivasis* vivent de la vente des produits non ligneux de la forêt. À l'époque de l'enquête en 2020, c'était la saison de ces fruits qu'ils ne pouvaient collecter et les femmes ont perdu de 20 à 40 % de leur revenu annuel. Au Nord-Est, les travailleurs du thé privés de revenu depuis le 24 mars, luttèrent pour avoir un repas par jour ; les Chakmas et les Hajongs sans aide alimentaire, ni revenu sombrèrent dans la famine.

La Cour africaine des droits de l'homme et des peuples estima que les mesures étatiques avaient un impact disproportionné sur les vies autochtones :

la fermeture des marchés entraînait une perte de revenu, les restrictions à la mobilité perturbaient les pasteurs nomades.

Sans réserve alimentaire ou monétaire, les confinements ont été particulièrement durs. Certaines personnes ont repris des activités agricoles pour compenser la perte des rémunérations, lorsque cela était possible. La situation de grande précarité s'est traduite par une demande de soutien accru auprès des gouvernements, des églises, de la société civile.

Les dirigeants autochtones du Canada se sont inquiétés du fait que les aides promises par le gouvernement fédéral pour aider les Premières Nations, les Inuit et les Métis pourraient ne pas suffire. Partout, les aides promises n'arrivaient pas toujours ni dans des conditions sanitaires garanties. Dans certains pays, on ne savait même pas comment les distribuer ni à qui. En Argentine, l'Instituto Nacional de Asuntos Indigenas en était encore à projeter de réaliser un relevé des membres des communautés autochtones pour donner accès aux aides d'urgence.

Cela nous ramène au point 2 de cet article sur la question des chiffres et des outils dont dispose, ou non, le gouvernement du pays pour faire face aux situations des groupes vulnérables. Les indiens d'Amazonie demandèrent à l'OMS la mise en place d'un fonds d'urgence.

La question alimentaire

La FAO s'est préoccupée de l'impact de la pandémie sur les productions et la consommation alimentaire des peuples autochtones, question non séparable des volets sanitaires, sociaux, économiques et environnementaux.

En Inde, selon le New Indian Express du 29 mars 2020, 200 Soliga (collecteurs de café) ont été bloqués par le confinement dans un village au Kerala, sans nourriture. Le gouvernement du Karnataka s'est préoccupé de fournir des rations alimentaires aux familles tribales : mais les rations étaient insuffisantes et la distribution critiquable. Au Canada, des familles ont été placées en quarantaine, sans moyen de se fournir en alimentation. Au Brésil, la ministre des Femmes, de la Famille et des Droits humains annonça, le 13 avril 2020, que le ministère allait distribuer 323 000 sacs de denrées alimentaires à 161 familles *indigenas e quilombolas* (amérindiennes et afro-descendantes). Outre le fait que ces chiffres étaient fantaisistes, ce genre de contact faisait craindre une diffusion majeure du virus.

Au Pérou, les bateaux de la marine devaient ravitailler les communautés du Loreto mais le non-respect des mesures de protection lors des distributions a été dénoncé. Au Chili, l'organe gouvernemental de gestion des relations avec les communautés autochtones distribua des aides alimentaires. En complément, les pêcheurs du territoire mapuche-lafquenche (littoral) ont offert leurs poissons à la commune de Tirua, par solidarité et pour démontrer leur capacité de vivre en autosuffisance.

En Colombie, la province de Cundinamarca a lancé une campagne de troc entre communes et ces pratiques eurent lieu aussi au Guatemala où la sécheresse et la famine se combinaient au Covid. En Équateur, le gouvernement et les pétrolières ont fourni des aliments et de l'eau potable aux communautés sur la route du pétrole, en quantité insuffisante. Les rivières sont si polluées que l'eau distribuée servait à se laver. De même, en Guyane, les eaux étant contaminées par le mercure, les ressources halieutiques sont inconsommables. Ailleurs, la

déforestation a fait fuir le gibier et les terres n'avaient pas été préparées pour soutenir la production nécessaire à cette période d'autarcie.

L'aide est arrivée tardivement et parcimonieusement chez les autochtones de Panama. En Guyane française, la Collectivité territoriale avait calculé des quantités trop justes et tout le monde n'a pas été servi. Les gestes barrières n'ont pas été respectés pour la distribution. Mais à Sumatra, 718 colis de nourriture ont été offerts par les agents du parc national aux Orang Rimba que les 13 chefs coutumiers ont distribués.

Accès aux soins – replis sur soi

Les Sioux de la rivière Cheyenne ont fermé leur territoires à l'arrivée du virus car le premier service de santé était à plus de 3h de route : aucun service de réanimation, 8 lits d'hôpital pour 12 000 personnes. Il fallait éviter de tomber malade. Reporterre indiquait¹⁵ :

Au-delà du 55ème parallèle, il n'y avait pas d'hôpital régional, seulement des centres de santé pour des soins longue durée et des dispensaires, comme à Kuujuaq : "Les médecins viennent une semaine par mois dans les communautés et c'est tout".

Les aborigènes australiens ont souligné qu'en raison d'un racisme continu l'accès aux services de santé était faible. Dans l'état d'Australie occidentale ou dans le South East Queensland, les services de santé pour les communautés aborigènes urbaines devaient recruter du personnel pour aider les personnes à s'isoler, expliquer les gestes barrières, les règles d'hygiène et permettre un traitement acceptable pour les aînés et les sans-domicile.

En général, les centres de santé sont loin des territoires autochtones : à plusieurs heures de route (si l'on dispose d'un véhicule), à distance d'avion (si le service aérien les accepte), à plusieurs heures de bateau. Il faut disposer de l'argent nécessaire à payer l'essence, séjourner en ville et payer les traitements. En Amazonie, les autochtones se déplacent à deux : un couple, un parent et un enfant, pour ne pas être seul en milieu étranger. Difficile et coûteux en temps normal, l'accès aux centres de santé s'est compliqué en temps de pandémie. Pour Orcotario Figueroa, à propos du Pérou :

[...] Bien que le décret législatif 1489 ait établi des orientations stratégiques et des compétences spécifiques, il n'a pas fourni les outils nécessaires pour renforcer les soins de santé primaires dans les territoires autochtones ni pour distribuer de l'équipement de protection individuelle aux professionnels de la santé. De plus, l'information produite concernant la COVID-19 était confuse, incomplète et difficile d'accès pour les communautés les plus isolées [...] L'absence d'une approche communautaire de la sécurité alimentaire et le manque de renforcement des capacités autochtones et de coordination gouvernementale avec les forces de l'ordre en matière de contrôle territorial constituaient des lacunes importantes soulignées par les dirigeants autochtones (*op. cit.*).

Dans la région d'Amazonie la plus touchée, l'hôpital de Manaus au Brésil était à des centaines de kilomètres des communautés ; la disponibilité en lits fut si vite saturée que le maire de la ville a lancé un appel international. Les centres

¹⁵ <https://reporterre.net/Au-Canada-les-communautes-autochtones-en-premiere-ligne-face-au-coronavirus> [consulté le 26 juin 2026].

de santé manquaient de lits, de médicaments, de nourriture, d'unités de soins intensifs. En Colombie, le département de Leticia compte 68 lits pour 79 000 personnes, 4 lits pour attention spéciale, aucun en réanimation. En Équateur, les organisations réclamaient des moyens pour effectuer les tests de dépistage dans les communautés. Au Pérou, à la frontière avec le Brésil et la Colombie, la communauté Ticuna de 3000 personnes disposait d'un unique centre de santé, d'une seule aide-soignante et aucun médicament. Le département de Loreto a été très touché par la pandémie et ses services de santé furent incapables de suivre. Dans le cas des Maihuna que je connais bien les masques et les tests furent distribués par une ONG.

Si les indices de comorbidité éclairent les situations autochtones, ils ne sont pas identiques d'un continent à l'autre. En Australie, la prévalence de maladies chroniques (respiratoires, cardio-vasculaires, diabète) mais aussi le surpoids, les infections rénales, le trachome et les rhumatismes étaient considérés comme aggravant le risque pour les aborigènes dont l'espérance de vie est inférieure à celles des non-aborigènes. Le Canada dont la population autochtone connaît les mêmes types de comorbidité mit en place un suivi de la pandémie dans les réserves des Premières Nations, incluant comptage, conseils et soutien, mais cela n'a pas empêché les chefs des premières nations de déclarer l'état d'urgence.

Kopp, Kumar et Aitken, dans une étude canadienne publiée en 2024 ont établi :

[...] que certains groupes présentaient un plus grand risque de décès que d'autres [...] divers facteurs pouvaient influencer le risque de décès attribuable à la Covid-19, y compris divers déterminants sociaux de la santé, comme l'âge avancé, les comorbidités, le fait d'être de sexe masculin, de vivre ... dans un logement de taille non convenable, d'être un fumeur actuel, d'avoir des niveaux de revenu plus faibles, d'être membre d'un groupe racisé ou de vivre dans des quartiers comptant une forte proportion d'ainés, de populations vivant en établissement, d'immigrants et de familles à faible revenu [...] Les peuples autochtones ont eu recours à des connaissances globales sur la santé et les pandémies antérieures pour réagir rapidement, afin de protéger les membres vulnérables de la collectivité et de réduire la propagation du virus, grâce à des mesures comme la recherche des contacts, la vaccination et des initiatives de santé publique menées par la communauté. Ainsi que des fermetures, des cérémonies modifiées et des activités virtuelles dirigées par la communauté [...] les gouvernements fédéral et provinciaux et des organismes privés ont accordé la priorité aux peuples autochtones pour l'accès à l'équipement de protection individuelle, aux vaccins et aux soins de santé [...]. Néanmoins, les répercussions de la Covid-19 ont été, de manière disproportionnée, plus élevées chez les peuples autochtones, y compris les infections, les hospitalisations et les taux d'admission aux unités de soins intensifs.

Ailleurs, la présence d'autres épidémies a été soulignée. Au Bangladesh, l'exposition au Covid-19 s'est doublée d'une épidémie de rougeole qui a touché fortement les autochtones. En zones tropicales, la dengue, le paludisme et la tuberculose fragilisent les organismes. Pour faire face les communautés autochtones ont mobilisé leurs connaissances médicinales.

Au Guatemala, les Maya ont eu recours au *temascal*, le sauna traditionnel avec des plantes médicinales, pour stimuler le système respiratoire et immunologique. Dans les régions Q'eqchi', Ixil, Tzutujil et Kaqchikel les personnes buvaient des infusions bonnes à prévenir et à soigner les maladies des systèmes digestif, respiratoire et nerveux. Au Mexique, des étudiants rarámuris

ont élaboré des gels antibactériens à base de plantes. La Bolivie a fait la promotion de l'usage de plantes antivirales comme le romarin, l'eucalyptus, la cannelle, la camomille et d'autres, en infusion et fumigation des maisons. Les Satere Mawe, au Brésil, ont développé leur pharmacopée.

Ces savoirs médicaux étaient parfois repris dans la population générale. Le Costa Rica a adopté un guide en considérant que l'on pouvait combiner les savoirs médicaux autochtones et occidentaux. Le Canada a encouragé à chercher des traitements dans les savoirs autochtones et l'université du Québec en Abitibi-Temiscamingue a donné accès à une base de données de 500 plantes de la forêt boréale. Là, les organisations autochtones se sont préoccupées de voir leurs intérêts respectés :

En réponse au Covid-19, le gouvernement du Canada a alloué un financement de 275 millions \$CAN pour la recherche sur le coronavirus et les mesures médicales pour le contrer. Les droits et intérêts des peuples autochtones doivent être protégés par des ententes de recherche. Des lois doivent protéger la propriété intellectuelle des peuples autochtones et s'assurer qu'ils obtiennent leur juste part des bénéfices générés par la vente des médicaments développés sur la base de leurs connaissances. Or les protections en matière de propriété intellectuelle sont souvent inapplicables et non appliquées en contextes autochtones.

Au moment de conclure, il reste à mentionner deux problèmes majeurs : l'augmentation de la violence à l'encontre des femmes en milieu confiné et le destin des morts. Le Département onusien des Affaires sociales (UNDESA 2020) signale :

Dans de nombreuses régions, les femmes autochtones sont confrontées à des taux disproportionnellement élevés de violence domestique et sexuelle (ONU Femmes, 2013). En situation d'urgence, les risques de violence à l'égard des femmes et des filles, notamment de violence domestique, augmentent en raison des tensions accrues au sein du foyer (ONU Femmes, 2020). De plus, en raison du confinement, de la distanciation sociale ou de l'isolement volontaire mis en place pour lutter contre la Covid-19, les femmes, y compris les femmes autochtones, sont davantage exposées aux dangers, car leurs possibilités d'échapper à la violence domestique diminuent (Centre national de ressources pour les femmes autochtones, 2020).

Enfin, les services funéraires ont été débordés. La vision des fosses communes et l'absence des rituels funéraires ont traumatisé les sociétés autochtones : morts abandonnés, maltraités, non restitués, traités comme des déchets. L'hôpital ne rendait pas les corps morts sous suspicion de Covid. Cela a poussé à les récupérer de manière clandestine et à ne pas les déclarer. Parmi les peuples autochtones, la relation entre les morts et les vivants s'inscrit dans le cadre de leurs cosmovisions, de leurs expériences du temps et de leurs pratiques sociales que cet article ne permet pas de préciser.

Bibliographie

AGORAMOORTHY Govindasamy et HSU Minna J , "COVID-19 and India's vulnerable indigenous populations", 2021, National Center for Biotechnology Information, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8212087/> 2021May 3;34(2):e23608

BELLIER Irène, « Les peuples autochtones face au Covid-19 : un tour d’horizon au 20 mai 2020 », 2020 [en ligne] [consulté le 16 juin 2026], URL : https://shs.hal.science/halshs-03090131/file/2020_IB_PA-COVID.pdf

BELLIER, Irène, « Les peuples autochtones face au génocide, à l’ethnocide, à l’écocide », in collectif anonyme, *Penser le génocide*, Paris, CNRS Éditions, Paris, 2021.

BELLIER Irène, CLOUD Leslie et LACROIX Laurent, *Les droits des peuples autochtones. Des Nations unies aux sociétés locales*, Paris : L’Harmattan, 2017.

BELLIER, Irène et HAYS J. (dir.), *Quelle éducation pour les peuples autochtones ?*, Paris : L’Harmattan, 2016.

BELLIER, Irène (dir.), *Terres, Territoires, Ressources. Politiques, pratiques et droits des peuples autochtones*, Paris, L’Harmattan, 2014.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela, « Populações fragilizadas e a pandemia », Academia Brasileira de ciências, 2020, URL : <https://www.abc.org.br/2020/06/15/populacoes-fragilizadas-e-a-pandemia/> [consulté le 15 juin 2026]

KOPENAWA Davi et ALBERT Bruce, *La Chute du Ciel. Paroles d’un chaman yanomami*, Terre humaine Pocket, 2014.

KOPP Amanda , KUMAR Mohan B. et AITKEN Nicole , « Mortalité attribuable à la COVID-19 chez les Premières Nations et les Métis vivant dans un logement privé au Canada : une analyse des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en matière de santé »,_____2024, URL : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2024001/article/00001-fra.htm>

LAVAUD, Stéphanie « POINT DE VUE. Peuples autochtones face au COVID-19 : interview d’Irène Bellier » [en ligne] *Medscape*, 2020, [consulté le 16 juin 2026] https://francais.medscape.com/voirarticle/3606099#vp_3

ORCOTORIO FIGUEROA, Rodrigo, « Pueblos indígenas y Covid-19 en el Perú: la crisis sanitaria y las deficiencias estructurales », [en ligne] *Revista Kawsaypacha: Sociedad y Medio Ambiente*, 2022, (9), 80-107. URL : <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/Kawsaypacha/article/view/24332/23953> [consulté le 22 juin 2026]

UN/DESA Policy Brief #70: “The Impact of COVID-19 on Indigenous Peoples”, [en ligne] URL : <https://desapublications.un.org/policy-briefs/undesa-policy-brief-70-impact-Covid-19-indigenous-peoples> [consulté le 15 mai 2020]

Pour le droit d'exister : stratégies autochtones de survie face au COVID- 19 au Brésil

Ana ZEMA

Docteure en Histoire Sociale

Co-coordinatrice du GT PI-DET

Conseil latino-américain de sciences sociales (CLACSO)

Les peuples autochtones du Brésil conservent dans leur mémoire collective l'impact des épidémies qui, depuis le début de la colonisation portugaise, ont causé l'extermination d'une grande partie de la population originelle. Introduites dans des sociétés qui n'y avaient jamais été exposées, les maladies ont accompagné la conquête des territoires et ont parfois été délibérément propagées comme instruments de guerre. Les épisodes de contagion, intentionnelle ou non, ne constituent donc pas un simple arrière-plan historique : ils font partie d'une mémoire collective qui éclaire la rapidité avec laquelle les peuples autochtones ont identifié la menace du nouveau coronavirus et organisé leur protection.

C'est sur ce fond historique que la COVID-19 est arrivée au Brésil. Alors que l'urgence sanitaire exigeait une action publique coordonnée, Jair Bolsonaro, président de la République à l'époque, en minimisait la gravité, tournait en dérision les mesures de distanciation et contestait les recommandations scientifiques. Cette politique d'inaction ne peut toutefois être isolée de la conjoncture dans laquelle elle s'inscrivait. La pandémie est survenue au moment où le gouvernement cherchait à ouvrir davantage les territoires autochtones à l'agro-industrie et à l'exploitation minière, tandis que les invasions de terres, la déforestation et les incendies progressaient en Amazonie et dans le Cerrado.¹⁶ La crise sanitaire a ainsi aggravé une exposition déjà produite par le racisme structurel, l'affaiblissement des institutions de protection et la pression économique sur les territoires.

Dans ce contexte, l'arrivée de la pandémie a été particulièrement catastrophique pour les peuples autochtones. Déjà confrontés aux mesures d'un gouvernement qualifié de plus « anti-autochtone » de toute l'histoire du pays, ils ont dû lutter, par leurs propres moyens, contre la propagation du virus, contre ce que leurs organisations ont appelé la « pandémie de la politique » et contre l'offensive économique menée sur leurs territoires. Cet article examine les stratégies qu'ils ont déployées pour y faire face et interroge ce qu'elles révèlent des formes contemporaines de la lutte autochtone.

Dans un premier temps, nous rappelons quelques épisodes de contagion qui ont marqué la mémoire collective des peuples autochtones au Brésil, pour montrer que, à cause de cette mémoire et grâce à elle, ils ont agi très vite pour se protéger du nouveau virus. Nous présentons ensuite le contexte de crise politique, institutionnelle et économique qui explique l'intensification des conflits entre le mouvement autochtone et le gouvernement, afin de montrer que

¹⁶ Le *Cerrado* est la vaste savane du plateau central brésilien, deuxième biome du pays après l'Amazonie et l'un des plus menacés par l'expansion de la frontière agricole.

leur lutte s'est menée sur trois fronts à la fois : contre le virus, contre la « pandémie de la politique » et contre l'offensive économique conduite sur leurs territoires. Dans un troisième temps, nous examinons les stratégies déployées par le mouvement autochtone – en particulier le Projet de loi n° 1.142/2020, présenté par la première femme autochtone députée fédérale, Joênia Wapichana, et devenu la Loi n° 14.021/2020, qui prévoyait des mesures de protection sociale pour prévenir la contagion sur les territoires autochtones, ainsi que l'allégation de non-respect d'un précepte fondamental (ADPF 709/2020)¹⁷, portée devant la Cour suprême fédérale par l'Articulation des peuples autochtones du Brésil (APIB) comme un appel au secours invoquant le droit sacré d'exister.

À partir de la théorie critique de Nancy Fraser, et notamment de sa reformulation du « mouvement double » de Karl Polanyi en un « mouvement triple » articulant marchandisation, protection sociale et émancipation, nous proposons de lire les mobilisations autochtones pendant la pandémie comme une lutte portant simultanément sur la protection de la vie et sur les conditions politiques de cette protection. Il ne s'agit donc pas d'identifier trois fronts empiriques de lutte aux trois dimensions du modèle de Fraser, mais d'examiner les tensions qui se nouent entre elles dans la conjoncture brésilienne.

La pandémie survient en effet au moment où s'intensifie un processus de marchandisation des territoires autochtones, soumis à la pression de l'agro-industrie, de l'exploitation minière et des invasions. Face à cette offensive et à l'abandon sanitaire, les organisations autochtones revendiquent des mesures de protection sociale. Mais cette revendication ne prend pas la forme d'une demande passive de tutelle étatique. Les peuples autochtones organisent leurs propres dispositifs de prévention, définissent leurs besoins, élaborent des propositions législatives et recourent directement à la Cour suprême pour contraindre l'État à exercer ses obligations constitutionnelles. Nous soutenons ainsi que les stratégies développées pendant la pandémie rendent visible une articulation particulière entre protection sociale et émancipation : protéger la vie signifie également préserver les territoires, garantir la capacité de décision collective et reconnaître les peuples autochtones comme sujets politiques. La revendication du droit à la santé devient, dans ce contexte, indissociable d'une revendication plus fondamentale : le droit d'exister comme peuples.

Méthodologie

Cet article s'appuie sur des documents produits par le mouvement autochtone du Brésil - en particulier le rapport *Notre lutte est pour la vie (Nossa luta é pela vida)* de l'Articulation des peuples autochtones du Brésil (APIB) - ainsi que sur les informations recueillies depuis l'arrivée du coronavirus au Brésil, en mars 2020, par l'*Instituto Socioambiental* (ISA) et le *Conselho Indigenista Missionário* (CIMI)¹⁸. Il serait impossible de rendre compte de façon

¹⁷ L'*arguição de descumprimento de preceito fundamental* (ADPF) est une action constitutionnelle prévue à l'article 102, § 1^{er} de la Constitution fédérale de 1988 et régie par la loi n° 9.882 du 3 décembre 1999. Elle permet de saisir directement la Cour suprême fédérale (STF) d'une atteinte à un précepte fondamental résultant d'un acte - ou d'une omission - des pouvoirs publics. Faute d'équivalent en droit français, nous la désignons par « allégation de non-respect d'un précepte fondamental ».

¹⁸ Le présent article s'appuie principalement sur le rapport de l'APIB, *Nossa luta é pela vida : Emergência Indígena no enfrentamento à Covid-19 no Brasil*, Brasília, APIB, 2020, ainsi que

exhaustive, dans toute leur complexité et leur diversité, des stratégies mobilisées par les différents peuples autochtones touchés par la pandémie. Nous proposons plutôt une vue d'ensemble de la crise sanitaire dans l'un des pays les plus touchés, afin de comprendre les enjeux auxquels les peuples autochtones ont dû faire face et les stratégies de lutte qu'ils ont déployées. Sauf mention contraire, les données chiffrées citées se rapportent au 27 juin 2020, date du dépôt de l'ADPF 709, et proviennent du Comité national pour la vie et la mémoire autochtone de l'APIB.

Approche théorique : marchandisation, protection sociale et émancipation

Pour saisir la portée politique des stratégies déployées par les peuples autochtones face à la COVID-19, nous mobilisons la notion de mouvement triple élaborée par Nancy Fraser. Ce cadre ne désigne pas trois domaines empiriques de lutte. Il met en relation trois orientations normatives et politiques distinctes - la marchandisation, la protection sociale et l'émancipation - dont les alliances et les conflits varient selon les conjonctures. Il permet ainsi d'examiner non seulement l'absence de protection, mais aussi la forme que celle-ci prend, les sujets qui la définissent et les rapports de pouvoir qu'elle peut reproduire ou transformer.

Fraser part du « mouvement double » décrit par Karl Polanyi dans *La Grande Transformation*. D'un côté, la marchandisation tend à soumettre la terre, le travail et la monnaie à la logique du marché autorégulé ; de l'autre, un contre-mouvement de protection sociale cherche à soustraire la société et la nature aux effets destructeurs de cette dynamique.¹⁹ Ce schéma permet de penser la crise capitaliste au-delà du seul fonctionnement de l'économie, en intégrant la désagrégation des solidarités, la destruction des milieux de vie et les réactions des acteurs sociaux.

Fraser en souligne cependant une limite décisive : Polanyi tend à idéaliser la « société » et à traiter la protection comme si elle était par elle-même juste. Or les protections sociales peuvent institutionnaliser des hiérarchies de genre, de race, de caste ou de statut et devenir, à leur tour, des vecteurs de domination.²⁰ Elle introduit donc un troisième projet de lutte, l'émancipation, qui vise à desserrer les formes de sujétion ancrées dans la société et parfois codifiées dans ses dispositifs protecteurs.²¹ Le mouvement triple ne juxtapose dès lors pas trois biens équivalents : chacun de ses pôles comporte des potentialités et des ambivalences qu'il faut apprécier dans leurs relations concrètes.

Cette lecture relationnelle est clairement synthétisée par Lapointe : « chacune des dimensions du triangle est irréductible aux autres, mais chacune est

sur les données recueillies par l'*Instituto Socioambiental* (ISA) et le *Conselho Indigenista Missionário* (CIMI). Voir APIB, *Nossa luta é pela vida : Emergência Indígena no enfrentamento à Covid-19 no Brasil*, Brasília, APIB, 2020. Disponible sur : <https://apiboficial.org/emergenciaindigena/>.

¹⁹ POLANYI Karl, *La Grande Transformation*, Paris, Gallimard, 1983 [réed. 1944] ; voir FRASER Nancy, « Mercantilização, proteção social e emancipação : as ambivalências do feminismo na crise do capitalismo », *Revista Direito GV*, vol. 7, n° 2, 2011, p. 621. Disponible sur : <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/cmCd9sLNXByF66SHNbyJK9q/abstract/?lang=pt>.

²⁰ FRASER Nancy, *op. cit.*, p. 620 et 624.

²¹ FRASER Nancy, *op. cit.*, p. 620.

ambivalente »²². Il convient dès lors d'examiner les alliances, les tensions et les médiations entre les trois pôles, plutôt que de les traiter comme des catégories empiriques indépendantes.

La distinction entre protection et émancipation est particulièrement importante ici. La protection sociale répond d'abord à l'exposition, à l'insécurité et à la destruction des conditions de la vie ; l'émancipation s'oppose à la domination.²³ Ces orientations peuvent se renforcer, mais elles peuvent aussi entrer en tension. Fraser insiste ainsi sur le fait que la relation entre deux dimensions du mouvement triple passe par la médiation de la troisième.²⁴ Une lutte émancipatoire peut s'allier à la marchandisation lorsqu'elle critique des protections hiérarchiques sans construire de nouvelles solidarités ; inversement, elle peut contribuer à démocratiser la protection, en la rendant participative, non hiérarchique et non oppressive.

Cette ambivalence acquiert une portée spécifique dans l'histoire des relations entre l'État brésilien et les peuples autochtones. Fraser situe d'ailleurs les populations autochtones parmi les acteurs contemporains des luttes émancipatoires²⁵ et rappelle que les mouvements anti-impérialistes ont dévoilé le coût colonial de certaines protections sociales.²⁶ Pendant une longue période, au Brésil, la « protection » étatique a été indissociable d'un régime de tutelle qui déniait aux peuples autochtones la pleine capacité politique et juridique. Revendiquer une protection sanitaire pendant la pandémie ne pouvait donc signifier le retour à une administration paternaliste exercée sur des populations supposées incapables de décider. Les organisations autochtones ont au contraire exigé que l'État remplisse ses obligations constitutionnelles tout en reconnaissant leur autonomie, leurs formes d'organisation et leur droit de participer à la définition des réponses. C'est cette articulation que nous désignons par l'expression « protection sans tutelle » : une protection contre l'exposition au virus et aux invasions qui ne reconduise pas la domination historique exercée au nom même de la protection.

Le troisième pôle, la marchandisation, apparaît dans l'offensive visant à rendre les territoires autochtones disponibles pour l'agro-industrie, l'exploitation minière, l'extraction du bois et l'accaparement foncier. Dans cette perspective, le territoire est traité comme une ressource économique détachable des relations sociales, politiques et cosmologiques qui le constituent. La réflexion de Fraser sur les « marchandises fictives » aide à comprendre le caractère autodestructeur d'une telle opération : soumettre intégralement au marché les conditions qui rendent la vie et l'économie possibles revient à miner leurs propres fondements.²⁷ L'affirmation autochtone selon laquelle, sans territoire, il n'y a ni

²² Lapointe Paul-André, *La théorie critique de Nancy Fraser*, Montréal, Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), coll. « Études théoriques et méthodologiques », n. ET2001, 2020, p. 35-37.

²³ FRASER Nancy, *op. cit.*, p. 623.

²⁴ FRASER Nancy, *op. cit.*, p. 627.

²⁵ FRASER Nancy, *op. cit.*, p. 628.

²⁶ FRASER Nancy, *op. cit.*, p. 628.

²⁷ FRASER Nancy, « Can society be commodities all the way down? Post-Polanyian reflections on capitalist crisis », *Economy and Society*, vol. 43, n° 4, 2014, p. 541-558.

nourriture, ni vie, ni avenir donne à cette contradiction une formulation politique située.²⁸

Dans cette configuration, la protection sociale ne saurait être réduite à l'assistance sanitaire, pas plus que l'émancipation ne saurait être ramenée à une affirmation identitaire. Les barrières sanitaires, l'accès à l'eau, aux soins et à la vaccination, la sécurité alimentaire et le retrait des envahisseurs constituent des conditions matérielles de la reproduction collective. Mais la manière de les revendiquer compte également : en élaborant leurs propres plans, en produisant leurs données, en agissant par leurs représentants au Parlement et par leurs propres avocats devant la Cour suprême, les peuples autochtones ont contesté à la fois l'abandon étatique et la position subordonnée qui leur avait historiquement été assignée.

Notre hypothèse est donc que les mobilisations autochtones pendant la pandémie ont cherché à nouer une alliance entre protection sociale et émancipation face à la marchandisation des territoires. Cette alliance ne supprime pas la distinction entre les deux pôles : elle transforme les conditions politiques de la protection. Il ne s'agit ni d'attendre passivement l'État ni de substituer durablement l'auto-organisation à ses obligations, mais d'exiger une protection définie avec les peuples concernés, compatible avec leur autonomie et leur autodétermination. Cette lecture rejoint l'appel de Fraser à une protection démocratique, participative, non hiérarchique et non oppressive.²⁹ Elle invite toutefois à déplacer prudemment son cadre à partir de l'expérience autochtone : protéger la vie signifie ici préserver les territoires, garantir la décision collective et reconnaître les peuples comme sujets politiques. La formule « protection sans tutelle » résume cette articulation et guidera l'analyse des stratégies étudiées dans les sections suivantes.

La mémoire collective des épidémies

L'impact dévastateur des maladies introduites par les Européens, qui ont exterminé une grande partie des peuples autochtones du Brésil, est largement connu. L'histoire du contact entre autochtones et non-autochtones est profondément marquée par des épisodes de contagion. Dans la majorité des cas, la contagion a entraîné la mort de la plupart des personnes contactées. Mais ce qui frappe le plus dans l'histoire du Brésil, c'est que la contagion a souvent été intentionnelle.

La notion de mémoire collective est ici reprise pour souligner, à partir d'une approche de la psychologie sociale, sa dimension constitutive de la réalité sociale au présent. La mémoire collective est comprise comme « une action sociale, politique et culturelle, symboliquement construite et de nature herméneutique », au sens proposé par Isabel Piper-Shafir et ses collègues³⁰. En tant que « processus d'interprétation du passé », elle contribue à construire les

²⁸ APIB / LEVANTE PELA TERRA, *Manifeste pour le droit à la vie et au territoire des peuples autochtones*, juin 2021, p. 1. Disponible sur : <https://apiboficial.org/2021/06/17/levante-pela-terra/>.

²⁹ FRASER Nancy, « A Triple Movement? Parsing the Politics of Crisis after Polanyi », *New Left Review*, n° 81, 2013, p. 129-130.

³⁰ PIPER-SHAFFIR Isabel, FERNÁNDEZ-DROGUETT Roberto et ÍÑIGUEZ-RUEDA Lupicínio, « Psicología Social de la Memoria : Espacios y Políticas del Recuerdo », *Psyche*, vol. 22, n° 2, 2013, p. 20.

relations sociales et les identités. Dans le cas de la mémoire collective des épidémies chez les peuples autochtones, sa « force symbolique » réside non seulement dans son caractère de « productrice de sujets, de relations et d’imaginaires sociaux », mais surtout comme « source potentielle de résistances et de transformations ».

Des maladies telles que la varicelle, la variole, la rougeole, la fièvre jaune, la grippe, le paludisme, la tuberculose, la coqueluche et la diarrhée comptent parmi les causes du déclin des populations autochtones au Brésil, et ont servi dès le début les intérêts des colons. « Les contaminations, qu’elles soient délibérées ou non, ont servi à piller les terres autochtones et à poursuivre le génocide des peuples originels », affirme l’historien autochtone Casé Angatu.³¹

Le peuple Tupinambá d’Olivença, par exemple, commémore chaque année, depuis quatre siècles, la fête de la « *Puxada do Mastro* » comme symbole de sa permanence sur le territoire. Pendant la fête, les danses et les prières invoquent la guérison des maladies et rappellent la tragédie des épidémies du premier contact – tragédie décrite par le jésuite José de Anchieta dans ses lettres, entre 1556 et 1563, comme par bien d’autres missionnaires qui ont raconté l’horreur des foyers épidémiques ayant décimé les Tupinambá de la côte atlantique³².

Le massacre des Timbira est l’un des cas les mieux documentés d’infection délibérée et d’extermination d’autochtones au Brésil. En 1816, dans la ville de Caxias, au sud du Maranhão, grand centre d’élevage, des propriétaires terriens, sous le faux prétexte d’une guerre contre un autre peuple, ont conduit les Timbira dans une ville frappée par une épidémie de variole. De retour dans leurs communautés, ceux-ci ont propagé le virus, qui s’est répandu jusqu’à d’autres villages, causant de très nombreux morts.³³

Au XX^e siècle, les épisodes de contagion se multiplient, notamment avec l’avancée des projets d’intégration nationale et de développement. Durant les années 1960 et 1970, de nombreux Autochtones vivant à l’intérieur du pays ont été contactés pour la première fois. Considérés comme un obstacle au développement, ils subissent de graves atteintes à leurs droits pour que l’État et le secteur privé puissent s’accaparer leurs terres. Le *Rapport Figueiredo*, présenté en 1967, a dénoncé les crimes commis contre les populations autochtones par les agents mêmes de l’organisme censé les protéger, le Service de protection de l’Indien (SPI), et a mis en évidence les accusations selon lesquelles les autochtones Pataxó du sud de Bahia auraient été délibérément infectés³⁴ :

L’extinction de la tribu située à Itabuna, dans l’État de Bahia, si les accusations sont vraies, est très grave. Les accusations selon lesquelles le virus de la variole a été inoculé aux malheureux autochtones afin que leurs terres puissent être distribuées aux personnalités du gouvernement n’ont jamais fait l’objet d’une enquête.

³¹ Casé Angatu, cité par NEIVA Leonardo, « Como colonizadores infectaram milhares de índios no Brasil com presentes e promessas falsas », *BBC News Brasil*, 20 juillet 2020. Disponible sur : <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53452614>.

³² ANZOLIN A. S., « As doenças como *exempla* : epidemias e mortes nas cartas do jesuíta José de Anchieta », *Cadernos de História*, vol. 17, n° 27, 2016, p. 274-288. Disponible sur : <https://periodicos.pucminas.br/cadernoshistoria/article/view/P.2237-8871.2016v17n27p274>.

³³ NEIVA Leonardo, « Como colonizadores infectaram milhares de índios no Brasil », *op. cit.* (sur le massacre des Timbira).

³⁴ MINISTÉRIO DO INTERIOR, *Relatório Figueiredo*, Brasília, 1968, p. 7.

À la suite de ce rapport, plusieurs observateurs étrangers sont venus au Brésil, parmi lesquels Patrick Braun, attaché médical du Département français d'outre-mer. Dans un article resté une référence en matière de guerre bactériologique, *Germ Warfare Against Indians is charged in Brazil*, il a établi, à partir des archives, que les propriétaires terriens et les agents du SPI avaient utilisé, « au-delà des armes conventionnelles, des armes biologiques », introduisant « délibérément la variole, la grippe, la tuberculose et la rougeole parmi les tribus du Mato Grosso entre 1957 et 1963 ».³⁵

Les crimes de la dictature militaire et les graves violations des droits des peuples autochtones commises entre 1946 et 1988 ont été enquêtés par la Commission nationale de la vérité (CNV). Dans son rapport final, présenté en décembre 2014, la CNV confirme le crime de génocide et les massacres commis contre plusieurs peuples autochtones - tel le génocide des Waimiri-Atroari, dont un village fut bombardé par les forces armées. Le Plan d'intégration nationale (1970), qui préconisait l'occupation d'une Amazonie présentée comme un « vide démographique », a entraîné l'ouverture de routes à travers les territoires et des déplacements forcés « effectués sans précautions ni vaccins adéquats », provoquant des chutes de population atteignant, dans certains États, près des deux tiers des effectifs autochtones.³⁶

Cette mémoire est ravivée au présent : quand des avions déversent des pesticides sur les terres où vivent les Avá-Guarani, Guarani et Kaiowá ; quand le peuple Yanomami souffre des maladies apportées par les orpailleurs qui polluent les rivières au mercure - plus de 57 % des femmes et des enfants Yanomami présentaient en 2019 des taux dangereusement élevés de mercure dans leur corps³⁷. Elle l'est aussi avec la pandémie et la douleur de la perte des proches. Celles et ceux qui sont partis « ne sont pas des chiffres, mais des vies autochtones » : chamans, sage-femmes, guérisseurs, gardiens des savoirs, grands chefs « qui ont consacré leur vie à la défense du territoire et à l'existence physique et culturelle de leurs peuples ».³⁸

Cette même mémoire nourrit la force des autochtones du Brésil qui ont lutté en 2020 pour qu'un nouveau génocide ne se reproduise pas. Elle est aussi une forme d'action politique, dotée d'un potentiel de résistance : c'est grâce à elle que les autochtones ont agi très vite pour protéger leurs communautés dès l'annonce de l'arrivée de la pandémie, appliquant sans délai les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. Avant d'examiner leurs stratégies, il importe de connaître le contexte politique très adverse auquel ils font face depuis l'arrivée au pouvoir du gouvernement Bolsonaro.

³⁵ Patrick BRAUN, « Germ Warfare Against Indians is charged in Brazil » (1978), cité par ZEMA DE RESENDE Ana Catarina, « O Relatório Figueiredo, as violações dos direitos dos povos indígenas no Brasil dos anos 1960 e a “justa memória” », dans A. C. Wolkmer *et al.* (dir.), *História do Direito*, Florianópolis, CONPEDI/UFS, 2015, p. 1-23. Disponible sur : <https://site.conpedi.org.br/publicacoes/c178h0tg/405y7512/pJ0Dj8YvFV5Wf9nB.pdf>.

³⁶ COMISSÃO NACIONAL DA VERDADE (CNV), *Relatório da Comissão Nacional da Verdade*, vol. 2, Brasília, CNV, 2014, p. 234-236 (génocide des Waimiri-Atroari) et p. 209 (Plan d'intégration nationale). Disponible sur : https://www.gov.br/memoriasreveladas/pt-br/assuntos/comissoes-da-verdade/volume_2_digital.pdf/@display-file/file.

³⁷ NEIVA Leonardo, « Como colonizadores infectaram milhares de índios no Brasil », *op. cit.* (Avá-Guarani, Guarani et Kaiowá) ; LEONEL Filipe, « Contaminação por mercúrio se alastra na população Yanomami », *ENSP/Fiocruz*, 16 août 2019.

³⁸ APIB, *Nossa luta é pela vida*, *op. cit.*, p. 5.

Cette mémoire collective ne constitue donc pas seulement la conservation d'une expérience traumatique. Elle fournit des ressources d'interprétation et d'action qui permettent d'identifier la continuité entre les épidémies du passé, la fragilisation contemporaine des territoires et l'exposition produite par l'inaction de l'État. Dans la perspective du mouvement triple, elle opère comme une médiation entre l'expérience de la déprotection et la capacité politique d'agir : elle rend possible l'auto-protection sans dissoudre la responsabilité publique et inscrit la défense de la vie dans une lutte contre la domination. La mémoire n'est pas en elle-même synonyme d'émancipation ; elle devient une ressource émancipatoire lorsqu'elle soutient la décision collective et la revendication d'une protection définie par les peuples concernés.

Un contexte de crise politique et institutionnelle

Depuis l'accession au pouvoir de Jair Bolsonaro, ancien capitaine d'extrême droite, en janvier 2019, les garanties constitutionnelles des droits des peuples autochtones ont été ouvertement menacées. Dès 2018, l'APIB avait publié une note en défense de la démocratie et des droits autochtones, alertant sur les menaces que faisait peser la candidature de Bolsonaro³⁹. L'alerte s'est confirmée. En octobre 2020, l'APIB a dénoncé devant la Commission interaméricaine des droits de l'homme les violations commises pendant la pandémie et désigné le gouvernement fédéral comme le principal vecteur de la diffusion du virus parmi les peuples autochtones⁴⁰. En janvier 2021, les caciques Raoni Kayapó et Almir Suruí ont porté devant la Cour pénale internationale une plainte pour crimes contre l'humanité, accusant Bolsonaro de meurtres, d'extermination, de transferts forcés de population et de persécutions contre les peuples autochtones d'Amazonie, dans le cadre d'une politique « criminelle » visant à « piller les richesses de l'Amazonie »⁴¹. Le 9 août 2021, l'APIB a franchi une nouvelle étape en adressant directement au Bureau du Procureur de la Cour pénale internationale une communication demandant que soient examinés les crimes commis contre les peuples autochtones depuis le début du mandat de Bolsonaro, notamment pendant la pandémie. Appuyée sur des témoignages de dirigeants et d'organisations autochtones, des documents officiels, des recherches scientifiques et des notes techniques, cette communication dénonçait une politique anti-autochtone explicite, systématique et intentionnelle et demandait l'ouverture d'une enquête pour crimes contre l'humanité - extermination, persécution et autres actes inhumains - et pour génocide. Pour la première fois, les peuples autochtones du Brésil saisissaient ainsi directement la

³⁹ APIB, « Eleições 2018 : Em defesa da democracia e dos nossos direitos », Brasília, 19 octobre 2018. Disponible sur : <https://apiboficial.org/2018/10/11/nota-dos-povos-indigenas-da-amazonia-pela-defesa-da-democracia/>.

⁴⁰ APIB, « Apib denuncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos violações de direitos durante a pandemia », Brasília, 2 octobre 2020. Disponible sur : <https://apiboficial.org/2020/10/02/apib-denuncia-a-comissao-interamericana-de-direitos-humanos-violacoes-de-direitos-durante-a-pandemia/>.

⁴¹ MAUPAS Stéphanie, « Brésil : le chef indigène Raoni porte plainte contre Jair Bolsonaro pour crimes contre l'humanité », *Le Monde*, 23 janvier 2021.

justice pénale internationale, par l'intermédiaire de leurs propres avocats autochtones⁴².

Cette crise ne fut pas seulement sanitaire : elle fut aussi politique et institutionnelle. La politique indigéniste du gouvernement Bolsonaro s'est articulée autour de trois axes qui ont repris la logique de la période de la dictature militaire : la déconstitutionnalisation des droits, la déterritorialisation des peuples et la promotion de leur assimilation à la société nationale⁴³. Le gouvernement a ainsi attaqué les peuples autochtones par la loi, par les politiques publiques et par l'exploitation de leurs terres, en s'appuyant sur le fondamentalisme religieux, le militarisme et les intérêts de l'agrobusiness et de l'industrie minière.

Le mouvement triple conduit ici à dépasser une opposition trop simple entre un marché destructeur et un État protecteur. Dans la conjoncture brésilienne, l'État a participé lui-même à la marchandisation : par ses décisions, il a affaibli les garanties territoriales et sanitaires ; par ses omissions, il a accru l'exposition des populations et a laissé progresser les intérêts extractifs. Dans ce contexte, le retrait de la protection n'est donc pas extérieur à l'offensive économique. Il en constitue l'une des conditions politiques, en rendant les territoires et les vies qui en dépendent plus vulnérables à l'appropriation.

La déconstitutionnalisation des droits

La Constitution de 1988 a consacré un chapitre entier aux peuples autochtones, reconnus comme sujets de droits collectifs : droits originaires et imprescriptibles sur les terres qu'ils occupent traditionnellement, reconnaissance de leur organisation sociale, de leurs langues, de leurs coutumes et de leurs croyances⁴⁴. La démarcation des terres n'est pas une faveur de l'État, mais un devoir constitutionnel. Or, dès sa campagne, Bolsonaro avait promis de ne pas démarquer « un seul centimètre » de terre autochtone et d'ouvrir ces territoires à l'exploitation minière⁴⁵. Son gouvernement a tenté de transférer la compétence de démarcation de la Fondation Nationale des Autochtones (Funai) au ministère de l'Agriculture - tentative déjouée par la mobilisation autochtone -, puis a affaibli la Funai en réduisant ses ressources et en plaçant à sa tête des policiers, des militaires et des personnalités notoirement hostiles aux droits autochtones⁴⁶. Les procédures de démarcation ont été suspendues, tandis que l'exécutif s'appuyait sur la thèse du « cadre temporel » (*marco temporal*) - selon laquelle seuls les peuples occupant leurs terres à la date de la promulgation de la

⁴² APIB, « Inédito: APIB denuncia Bolsonaro, em Haia, por genocídio indígena », 9 août 2021. Disponible sur : <https://apiboficial.org/2021/08/09/inedito-apib-denuncia-bolsonaro-em-haia-por-genocidio-indigena/>.

⁴³ LIEBGOTT Roberto Antônio, « Sobre um presidente genocida e sobre a responsabilidade extensiva de quem se omite ou é conivente », para *Desacato*, CIMI, 30 avril 2020. Disponible sur : <https://cimi.org.br/2020/04/sobre-um-presidente-genocida-e-sobre-a-responsabilidade-extensiva-de-quem-se-omite-ou-e-conivente/>.

⁴⁴ Constitution de la République fédérative du Brésil, 1988, art. 231 et 232.

⁴⁵ MENEGASSI Duda, « Mineração em Terras Indígenas, regularização fundiária e mais : entenda as prioridades de Bolsonaro para 2021 », *(o)eco*, 7 février 2021. Disponible sur : <https://oeco.org.br/noticias/mineracao-em-terras-indigenas-regularizacao-fundiaria-e-mais-entenda-as-prioridades-de-bolsonaro-para-2021/>.

⁴⁶ CIMI, *Relatório Violência contra os Povos Indígenas do Brasil*, Brasília, CIMI/CNBB, 2019/2020, p. 51-52. Disponible sur : <https://cimi.org.br/2020/09/em-2019-terras-indigenas-invasivas-modo-ostensivo-brasil/>.

Constitution y auraient droit -, thèse qui revient à effacer des siècles de spoliation. L'Instruction normative n° 09/2020 de la Funai est allée jusqu'à autoriser la délivrance de titres privés sur des terres autochtones non homologuées⁴⁷.

Lue à travers le mouvement triple, cette déconstitutionnalisation représente davantage qu'un recul juridique. Elle modifie le rapport entre protection et marchandisation : en suspendant les démarcations, en fragilisant la Funai et en autorisant la certification d'intérêts privés sur des terres non homologuées, le gouvernement réduit les protections qui limitaient la disponibilité économique des territoires. La dérégulation juridique devient ainsi un opérateur de marchandisation. Ce qui était constitutionnellement reconnu comme territoire nécessaire à la reproduction physique et culturelle des peuples tend à être requalifié comme espace susceptible d'appropriation et d'exploitation.

La déterritorialisation des peuples

Le deuxième axe est la déterritorialisation. Le nombre d'invasions de terres autochtones a explosé dès la première année du gouvernement, qui a aussi enregistré le plus grand nombre d'assassinats de leaders autochtones en plus d'une décennie. Encouragées par les discours présidentiels, les incursions de mineurs, de bûcherons et d'accapareurs se sont multipliées, souvent accompagnées d'incendies criminels : en 2019, les feux sur les terres autochtones ont augmenté de 87 % par rapport à l'année précédente⁴⁸. « Les morts et la terreur dans les territoires autochtones ont été transformées en une opportunité de conquête pour le capital et l'élite rurale »⁴⁹ : la pandémie n'a pas suspendu ce projet, elle l'a accéléré.

La déterritorialisation rend particulièrement visible l'imbrication des dimensions sociale et écologique de la crise. Le territoire n'est pas ici un bien parmi d'autres, mais la condition matérielle, politique et relationnelle de l'existence collective. Sa marchandisation ne signifie donc pas seulement l'entrée d'une ressource sur le marché : elle implique la rupture de liens sociaux, la destruction de milieux de vie et l'affaiblissement de la capacité des peuples à déterminer leur avenir. C'est pourquoi la protection territoriale ne peut être séparée de la protection de la santé et de la vie, ni l'une ni l'autre de l'autodétermination.

Le retour de l'idéologie intégrationniste

Le troisième axe est la relance d'un projet assimilationniste que l'on croyait révolu. En janvier 2020, l'APIB a saisi le Procureur général de la République pour crime de racisme, après que le président eut déclaré que

⁴⁷ APIB, *Emergência Indígena*, op. cit., 2020 ; sur l'Instruction normative n° 09/2020 de la Funai, voir la *Nota do CIMI contra a Instrução Normativa n° 09/2020*, 29 avril 2020. Disponible sur : <https://cimi.org.br/2020/04/nota-contra-a-instrucao-normativa-09-2020-funai/>.

⁴⁸ CIMI, *Relatório Violência contra os Povos Indígenas do Brasil*, op. cit.

⁴⁹ MILANEZ Felipe, « Fighting the invisible anaconda amidst a war of conquest : notes of a genocide », *Ambiente & Sociedade*, vol. 23, 2020, p. 1-11. Disponible sur : <https://www.scielo.br/j/asoc/a/MtMBtqHRc4GvhGBvYtRMH9j/?lang=en&format=pdf>.

« l'Indien évolue et devient de plus en plus un être humain comme nous »⁵⁰. Ce discours - qui disqualifie les autochtones comme sujets de droits, dévalorise leurs modes de vie et les présente comme un obstacle au développement - fournit la justification idéologique des atteintes à leurs terres et à leur santé.

C'est dans le domaine de la santé que cette politique s'est révélée la plus meurtrière. Avant même son entrée en fonction, le gouvernement avait rompu avec le programme *Mais Médicos*, seul dispositif assurant une présence médicale constante dans les villages ; il a ensuite gelé pendant plusieurs mois les fonds destinés à la santé autochtone et cherché à municipaliser - donc à démanteler - le sous-système de santé autochtone conquis de haute lutte⁵¹. Interrogé sur les taux de mortalité, Bolsonaro répondait : « Et alors ? Que voulez-vous que je fasse ? »⁵².

Les peuples autochtones se sont ainsi retrouvés confrontés à deux pandémies simultanées : celle du COVID-19 et celle de « la politique néfaste » du gouvernement. Au 27 juin 2020, le Comité national pour la vie et la mémoire autochtone recensait 378 morts, 9 166 personnes infectées et 112 peuples touchés – chiffres bien supérieurs à ceux du gouvernement, la SESAI ne comptabilisant que les cas survenus dans les terres homologuées⁵³ ; un an plus tard, le bilan dépassait le millier de morts. Comme l'ont montré Mary Menton et ses collègues, le risque de décès par COVID-19 était très supérieur pour les autochtones et les Noirs, révélant « la cruauté avec laquelle l'accès à la santé et aux droits fondamentaux » a été inégalement réparti⁵⁴. C'est face à cette double pandémie que les peuples autochtones ont déployé leurs stratégies de survie.

Le retour de l'idéologie intégrationniste révèle, en outre, l'ambivalence historique de la protection. Pendant des décennies, l'État brésilien a prétendu protéger les peuples autochtones en les soumettant à la tutelle et à l'assimilation ; sous le gouvernement Bolsonaro, il leur refuse des protections fondamentales tout en réactivant le discours selon lequel ils devraient renoncer à leur différence pour accéder à la pleine humanité politique. Tutelle et abandon ne sont pas des contraires absolus : ils peuvent constituer deux modalités de la domination. L'enjeu est dès lors d'échapper à cette fausse alternative en revendiquant une protection sans tutelle, fondée sur les droits, la participation et l'autodétermination.

⁵⁰ APIB, « Articulação dos Povos Indígenas aciona PGR contra Bolsonaro por crime de racismo », Brasília, 24 janvier 2020. Disponible sur : <https://apiboficial.org/2020/01/24/articulacao-dos-povos-indigenas-aciona-pgr-contra-bolsonaro-por-crime-de-racismo/>.

⁵¹ CIMI, « O Desmonte da saúde indígena é uma pandemia à parte », *Nota do CIMI*, 24 août 2020. Disponible sur : <https://cimi.org.br/2020/08/nota-do-cimi-desmonte-saude-indigena-pandemia-a-parte/>.

⁵² SENRA Ricardo, « 5 vezes em que Bolsonaro disse “e daí?” sobre temas importantes », *BBC News Brasil*, 29 avril 2020. Disponible sur : <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52478242>.

⁵³ Données du Comité national pour la vie et la mémoire autochtone de l'APIB au 27 juin 2020, en ligne : https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_Covid19/. La sous-notification tient à ce que le Secrétariat spécial à la santé autochtone (SESAI) ne comptabilise que les cas survenus à l'intérieur des terres homologuées.

⁵⁴ MENTON Mary *et al.*, « The COVID-19 pandemic intensified resource conflicts and indigenous resistance in Brazil », *World Development*, n° 138, 2021. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X20303491>.

Les stratégies autochtones face à la pandémie

Face à l'omission délibérée de l'État, les peuples autochtones du Brésil n'ont pas attendu la protection : ils l'ont réclamée en leur nom propre, l'ont en partie produite eux-mêmes et ont contraint les pouvoirs publics à l'assurer. C'est en ce sens que leurs stratégies constituent le pôle émancipatoire d'une lutte qui articule, dans un même mouvement, la défense de la vie (protection sociale) et l'affirmation de leur autodétermination (émancipation), contre un projet politique qui instrumentalise la crise sanitaire pour ouvrir leurs territoires au capital (marchandisation). Comme le résume l'APIB elle-même⁵⁵ :

Des mesures ont dû être prises au moyen de mobilisations et d'articulations, dont beaucoup à l'initiative des peuples autochtones eux-mêmes, à travers leurs organisations de représentation [...], dans le but de contraindre l'État brésilien à adopter des mesures minimales de contention et de lutte contre le Covid-19.

Nous examinons ici quatre registres de cette action : l'auto-organisation, la voie législative, la voie judiciaire et l'internationalisation de la lutte.

S'auto-protéger : la suspension de l'Acampamento Terra Livre et l'auto-organisation

La première stratégie a été de se protéger sans attendre l'État. Dès que l'Organisation mondiale de la Santé a reconnu la pandémie, en mars 2020, l'APIB a suspendu, de sa propre initiative, l'*Acampamento Terra Livre* (ATL), la grande assemblée nationale qui réunit chaque année à Brasília plusieurs milliers de leaders, pour éviter que le rassemblement n'éloigne les chefs de leurs territoires et n'y rapporte le virus. Là où le gouvernement fédéral minimisait la maladie, le mouvement autochtone appliquait immédiatement les recommandations sanitaires.

Cette auto-organisation s'est structurée autour du plan *Emergência Indígena*, plateforme fédérant les plans régionaux de lutte contre la pandémie, et du Comité national pour la vie et la mémoire autochtone. Devant la sous-notification officielle – le Secrétariat spécial à la santé autochtone (*Secretaria Especial de Saúde Indígena* - SESAI) ne comptabilisant que les cas survenus à l'intérieur des terres homologuées⁵⁶, le mouvement a mis en place « une vaste action de suivi communautaire participatif » pour recenser lui-même les cas et les décès dans tout le pays⁵⁷. Produire ses propres données constitue déjà un acte d'autodétermination : c'est refuser, entre autres, que l'État décide qui compte comme victime. Parallèlement, à travers ce plan, les organisations ont acheminé plus de cent tonnes de paniers alimentaires⁵⁸, des équipements de protection, des tests rapides et des unités de soins primaires vers des dizaines de territoires de

⁵⁵ APIB, « APIB denuncia a ONU negligência e omissão do governo brasileiro aos povos indígenas », Brasília, 3 mars 2021. Disponible sur : <https://apiboficial.org/2021/03/03/apib-denuncia-a-onu-negligencia-e-omissao-do-governo-brasileiro-aos-povos-indigenas/>.

⁵⁶ APIB, « APIB denuncia a ONU negligência e omissão do governo brasileiro aos povos indígenas », *op. cit.*

⁵⁷ APIB, *Nossa luta é pela vida*, *op. cit.*, p. 8.

⁵⁸ Au Brésil, la *cesta básica* désigne un panier composé de denrées alimentaires de première nécessité, notamment du riz, des haricots, de l'huile, du sucre et de la farine, dont la composition peut varier selon les régions. Sa distribution constitue l'un des instruments des politiques publiques d'assistance sociale et de sécurité alimentaire mises en œuvre par les pouvoirs publics au bénéfice des familles en situation de vulnérabilité.

l'Amazonie⁵⁹. L'APIB revendique explicitement cette action comme « la participation des peuples autochtones, comme protagonistes, dans la lutte pour un sous-système de santé différencié, un droit garanti par la Constitution brésilienne »⁶⁰ - formule où l'on voit se nouer, en un seul geste, la revendication de protection et l'affirmation du protagonisme.

Cette autoprotection ne doit toutefois pas être interprétée comme la preuve que les peuples autochtones pourraient ou devraient se passer de l'État. Une telle lecture risquerait de transformer l'abandon public en vertu communautaire et de faire de l'autonomie un substitut aux obligations constitutionnelles. Sa portée émancipatoire réside ailleurs : les organisations autochtones définissent leurs besoins, produisent des données, coordonnent des réponses et, à partir de cette capacité d'initiative, exigent que l'État agisse. Elles ne renoncent donc pas à la protection sociale ; elles en disputent les modalités, les savoirs légitimes et les lieux de décision.

La voie législative : du Projet de loi n° 1.142 à la Loi n° 14.021 et ses vetos

Le mouvement autochtone a également investi le terrain législatif. Porté par la première femme autochtone députée fédérale, Joênia Wapichana, et par le Front parlementaire mixte de défense des droits des peuples autochtones, le Projet de loi n° 1.142/2020 a été présenté dès le 27 mars 2020. Il visait à « créer des mesures de protection sociale pour prévenir la contagion et la propagation du COVID-19 dans les territoires autochtones » et un Plan d'urgence pour y faire face⁶¹. Après trois mois de négociations, le texte fut approuvé par les deux chambres.

C'est ici que le pôle de la marchandisation se révèle avec le plus de netteté. Le 7 juillet 2020, le président de la République a sanctionné le texte sous la forme de la Loi n° 14.021/2020, mais en opposant son veto à vingt-deux dispositions, « vidant de leur substance les mesures prévues par le Parlement, pourtant essentielles » : l'accès universel à l'eau potable, l'offre de lits hospitaliers et de soins intensifs, la fourniture de respirateurs et de matériel d'hygiène de base.⁶² Le motif invoqué, l'absence de démonstration de l'impact budgétaire, dit tout du choix opéré : « en pleine crise sanitaire sans précédent, les facteurs économiques et budgétaires importent davantage au gouvernement fédéral que la vulnérabilité et la létalité du COVID-19 ».⁶³ La protection sociale n'est pas ici une protection oppressive dont il faudrait s'affranchir : c'est une protection déniée, sacrifiée à une logique économique. Le 19 août 2020, le Congrès renversera seize de ces vingt-deux vetos, victoire partielle qui confirme que la protection est bien l'axe central et disputé de la lutte.

La voie législative montre ainsi que la protection sociale constitue un champ de conflit, et non une réponse neutre déjà définie. Le projet porté par

⁵⁹ APIB, *Nossa luta é pela vida*, op. cit., p. 9.

⁶⁰ APIB, *Nossa luta é pela vida*, op. cit., p. 8.

⁶¹ APIB, « APIB denuncia a ONU negligência e omissão do governo brasileiro aos povos indígenas », op. cit.

⁶² APIB, « APIB denuncia a ONU negligência e omissão do governo brasileiro aos povos indígenas », op. cit.

⁶³ APIB, « APIB denuncia a ONU negligência e omissão do governo brasileiro aos povos indígenas », op. cit.

Joënia Wapichana traduit des besoins formulés avec la participation du mouvement autochtone, tandis que les vetos présidentiels réordonnent ces besoins selon la contrainte budgétaire. Le conflit ne porte donc pas uniquement sur la présence ou l'absence de protection, mais sur la valeur accordée aux vies protégées et sur les acteurs habilités à déterminer les priorités publiques. Le renversement d'une partie des vetos par le Congrès représente, dans cette perspective, une victoire partielle de l'alliance entre protection et émancipation sur la logique de marchandisation.

La voie judiciaire : l'ADPF 709 et le droit d'exister

La stratégie la plus marquante fut l'action judiciaire. Le 29 juin 2020, l'APIB, avec six partis politiques, a saisi la Cour suprême fédérale (STF) d'une allégation de non-respect d'un précepte fondamental (ADPF 709), dénonçant la violation par l'État de droits fondamentaux garantis par la Constitution de 1988 - la dignité de la personne, le droit à la vie, à la santé, et le droit des peuples autochtones de vivre sur leurs territoires selon leurs cultures⁶⁴. L'action réclamait des mesures de protection précises : l'installation de barrières sanitaires pour les peuples isolés, une « salle de situation » avec participation autochtone, le retrait des envahisseurs de sept terres, et l'accès de tous les autochtones au sous-système de santé, qu'ils vivent ou non sur des terres homologuées.⁶⁵ Le 8 juillet, le rapporteur a fait partiellement droit à la demande, imposant à l'État plusieurs de ces mesures.⁶⁶

Mais la portée de l'ADPF 709 excède ses demandes sanitaires. Pour la première fois de l'histoire, la plus haute juridiction du pays a reconnu à une organisation autochtone la légitimité d'agir directement devant elle, « ce qui n'était auparavant permis qu'à des organisations comme les partis politiques et les ordres professionnels ». ⁶⁷ L'APIB, organisation sans statut civiliste, y accède en tant que mouvement autochtone, par l'intermédiaire de ses propres avocats. C'est une rupture avec la position de subordination juridique dans laquelle les peuples autochtones avaient longtemps été maintenus. « Cette action est la voix des peuples autochtones à la Cour, et c'est une action historique parce que, pour la première fois, les autochtones viennent au judiciaire »⁶⁸. La revendication de protection devient ainsi le véhicule d'une conquête émancipatoire : la reconnaissance de la capacité d'agir en son nom propre : les deux pôles, protection et émancipation, s'articulent sans se confondre. À travers cette action, le mouvement invoque le « droit sacré d'exister, de ne pas être exterminé », un droit qui, pour les peuples autochtones, est inséparable du territoire, base physique dont rayonnent tous les autres droits.

L'ADPF 709 constitue l'expression la plus nette de ce que nous appelons une protection sans tutelle. L'APIB demande à l'État d'exercer ses

⁶⁴ APIB, « APIB denuncia a ONU negligência e omissão do governo brasileiro aos povos indígenas », *op. cit.*

⁶⁵ APIB, « APIB denuncia a ONU negligência e omissão do governo brasileiro aos povos indígenas », *op. cit.*

⁶⁶ Sur le détail de la décision du 8 juillet 2020, voir ELOY TERENA Luiz Henrique, « ADPF 709 no Supremo : povos indígenas e o direito de existir! », *Mídia Ninja*, 30 juillet 2020. Disponible sur : <https://midianinja.org/opinio/adpf-709-no-supremo-povos-indigenas-e-o-direito-de-existir/>.

⁶⁷ APIB, *Nossa luta é pela vida*, *op. cit.*, p. 81.

⁶⁸ APIB, *Nossa luta é pela vida*, *op. cit.*, p. 81.

responsabilités, mais refuse que les mesures soient décidées unilatéralement sur les peuples concernés : elle exige leur participation à la « salle de situation », revendique l'accès universel au sous-système de santé et agit devant la Cour par ses propres représentants et avocats. La protection devient ainsi le lieu d'exercice de l'émancipation. Il ne s'agit pas de choisir entre intervention publique et autonomie, mais de transformer la première à partir de la seconde.

Cette lecture peut être précisée par la théorie critique de la justice de Nancy Fraser, distincte du mouvement triple mais complémentaire à celui-ci. Comme le rappelle Lapointe, la parité de participation suppose que les personnes concernées puissent prendre part, sur un pied d'égalité, aux délibérations portant sur les arrangements économiques, les modèles culturels et les cadres politiques.⁶⁹ La reconnaissance de la légitimité active de l'APIB ne constitue donc pas seulement un résultat procédural : elle contribue à réduire un déficit de représentation en reconnaissant les peuples autochtones comme sujets politiques capables d'intervenir en leur propre nom.

Rendre visible et internationaliser la lutte : Maracá⁷⁰ et les instances internationales

Enfin, les peuples autochtones ont porté leur lutte sur la scène publique et internationale. La campagne *Maracá : Emergência Indígena*, lancée le 9 août 2020, Journée internationale des peuples autochtones, a mobilisé *lives* et web-séries pour alerter l'opinion : « nous faisons résonner notre “Maracá”, qui est le front de mobilisation de tout ce vaste processus de notre lutte pour la vie ». ⁷¹ Le mouvement a également saisi les instances internationales, en envoyant des contributions au Rapporteur spécial de l'ONU sur les droits des peuples autochtones en février 2021, puis, en août 2021, dénonciation du président Bolsonaro devant la Cour pénale internationale pour génocide et écocide - là encore, « pour la première fois de l'histoire, des peuples autochtones se rendent directement au tribunal de La Haye, avec leurs propres avocats autochtones ». ⁷² Ce déplacement d'échelle, du territoire au tribunal international, manifeste une capacité d'articulation politique aux niveaux local, national et mondial, et fait des peuples autochtones des sujets à part entière de la justice, et non ses objets.

L'internationalisation prolonge cette dynamique en déplaçant et en articulant les différentes échelles de l'action politique. L'émancipation ne signifie pas ici se tenir à l'écart des institutions, mais acquérir la capacité de s'en saisir, de circuler entre elles et de traduire des expériences vécues dans les territoires en revendications juridiques et politiques susceptibles d'être portées sur la scène internationale. Ce travail de traduction n'efface pas la singularité des situations locales : il permet, au contraire, de les rendre visibles et de les inscrire dans des espaces plus larges de défense des droits humains. Depuis les territoires jusqu'à Brasília, puis devant les instances interaméricaines et

⁶⁹ Lapointe Paul-André, *op. cit.*, p. 15-16 et 43.

⁷⁰ Le *maracá* est un instrument sonore, généralement constitué d'une calebasse contenant des graines ou de petits cailloux et fixée à un manche. Utilisé par de nombreux peuples autochtones du Brésil pour accompagner les chants et les danses, il peut également revêtir, selon les traditions propres à chaque peuple, des dimensions rituelles et spirituelles. Dans le titre de la campagne *Maracá : Emergência Indígena*, lancée par l'APIB en 2020, il devient aussi une métaphore de l'appel, du rassemblement et de la résistance collective.

⁷¹ APIB, *Nossa luta é pela vida*, *op. cit.*, p. 73.

⁷² APIB, « Inédito : APIB denuncia Bolsonaro, em Haia, por genocídio indígena », *op. cit.*

internationales, les organisations autochtones construisent des réseaux, des alliances et des espaces de représentation dans lesquels elles peuvent faire entendre directement leurs voix, définir leurs priorités et demander des comptes aux pouvoirs publics. L'élargissement des échelles de l'action renforce ainsi la protection recherchée, en mobilisant les normes juridiques, la visibilité internationale et les moyens de pression politique, sans pour autant détacher la lutte de son ancrage territorial ni de la défense des modes d'existence collectifs.

Conclusion

L'arrivée du COVID-19 au Brésil n'a pas seulement révélé la vulnérabilité sanitaire des peuples autochtones : elle a mis au jour un projet politique. Alors que le gouvernement Bolsonaro instrumentalisait la crise pour ouvrir les territoires autochtones à l'appropriation extractive, la protection sociale la plus élémentaire - l'eau, les soins, les barrières sanitaires - était niée à ceux-là mêmes qui en avaient le plus besoin. C'est cette logique que nous avons proposé de lire, à la suite de Nancy Fraser, comme un pôle de marchandisation opérant par le retrait de la protection : une nécropolitique où « les facteurs économiques et budgétaires importent davantage [...] que la vulnérabilité et la létalité »⁷³ d'une population donnée.

Face à cela, les peuples autochtones « ont décidé de ne pas mourir ». Leurs stratégies - l'auto-organisation, la voie législative, l'ADPF 709, l'internationalisation de la lutte - ne relèvent ni d'une simple demande d'assistance ni d'une pure affirmation identitaire. Elles articulent, dans un même processus de lutte, la revendication d'une protection sociale déniée et l'affirmation d'une autodétermination. Protection et émancipation n'y fusionnent pas : elles s'y allient, par la médiation du troisième pôle - la marchandisation nécropolitique - contre lequel elles se dressent ensemble. La demande de soins devient le véhicule d'une conquête émancipatoire, comme le montre de façon exemplaire l'ADPF 709, par laquelle, pour la première fois, la Cour suprême a reconnu à une organisation autochtone la légitimité d'agir en son nom propre.

C'est en ce point que l'expérience autochtone éclaire la théorie en retour. Ce que Fraser formule comme un projet politique à construire : « rompre notre liaison dangereuse avec le néolibéralisme et forger une nouvelle alliance de principe avec la protection sociale », de manière à « réaligner les pôles du mouvement triple »⁷⁴, les peuples autochtones du Brésil le réalisent dans la pratique même de leur lutte pour la vie. Mais ils le déplacent aussi : là où Fraser pense depuis la crise du capitalisme occidental, la lutte autochtone ancre l'émancipation dans le territoire - condition de reproduction de la vie et non marchandise -, dans le droit d'exister comme peuples et dans une conception élargie de la justice qui inclut les êtres autres qu'humains. En cela, la pandémie n'a pas seulement révélé une menace : elle a reconfiguré les formes contemporaines de la résistance autochtone.

Cette affirmation a eu un coût. Le protagonisme même des peuples autochtones a suscité la répression : peu après le dépôt de l'ADPF 709, l'APIB a fait l'objet de représailles, ses leaders étant visés par des enquêtes et des

⁷³ APIB, « APIB denuncia a ONU negligência e omissão do governo brasileiro aos povos indígenas », *op. cit.*

⁷⁴ FRASER Nancy, « A Triple Movement? », *op. cit.*, p. 129-130.

tentatives d'intimidation, la coordinatrice Sônia Guajajara ayant été convoquée par la Police fédérale à la demande de la Funai, l'organe censé les protéger.⁷⁵ La dénonciation du génocide et de l'écocide, portée jusqu'à la Cour pénale internationale⁷⁶, ne constitue pas seulement une stratégie judiciaire : elle affirme que les atteintes aux vies autochtones et la destruction de leurs territoires participent d'un même processus de violence. En associant ces deux dimensions, l'APIB rappelle que le droit d'exister ne se limite pas à la survie physique des individus, mais comprend également la possibilité, pour les peuples, de préserver leurs territoires, leurs liens communautaires, leurs pratiques culturelles et leur autonomie politique. Le constat selon lequel le mouvement affrontait « la plus grave offensive contre les droits des peuples autochtones depuis la Constitution de 1988 »⁷⁷ inscrit par ailleurs les violences de la pandémie dans une offensive politique plus large et de plus longue durée. Il montre ainsi que les stratégies de protection mises en œuvre pendant la crise sanitaire ne répondent pas uniquement à une situation exceptionnelle : elles s'inscrivent dans une lutte continue pour la reconnaissance des peuples autochtones comme sujets politiques, pour la garantie de leurs droits territoriaux et pour leur capacité à décider de leurs propres formes d'existence.

Le droit d'exister apparaît ainsi moins comme un acquis définitivement garanti que comme un enjeu politique constamment remis en cause dans les rapports de pouvoir, indissociable de la capacité des peuples autochtones à défendre leurs territoires, leur autonomie et la continuité de leurs formes de vie collectives. C'est précisément cette capacité d'action que révèlent les mobilisations analysées dans cet article. Par leurs formes autonomes d'organisation et par l'articulation des échelles locale, nationale et internationale, les peuples autochtones ont imposé des limites juridiques et politiques à l'offensive génocidaire. En défendant leurs territoires et la vie qui s'y déploie, ils protègent également des équilibres écologiques essentiels à la société dans son ensemble. Leur action met ainsi en évidence l'indissociabilité de la protection et de l'émancipation : face à la marchandisation des territoires et aux défaillances de l'État, la défense de la vie exige que les peuples autochtones soient reconnus comme des sujets politiques capables de définir leurs propres priorités. Leurs mobilisations se situent dès lors à l'avant-garde des luttes pour les droits, la démocratie et la préservation de l'environnement au Brésil, donnant une traduction concrète au réalignment proposé par Fraser : articuler protection sociale et émancipation afin de faire obstacle aux forces de marchandisation⁷⁸.

⁷⁵ APIB, « Governo Federal persegue e tenta calar a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil e Sônia Guajajara », Brasília, 30 avril 2021. Disponible sur : <https://apiboficial.org/2021/04/30/governo-federal-persegue-e-tenta-calar-a-articulacao-dos-povos-indigenas-do-brasil-e-sonia-gujajara/>.

⁷⁶ APIB, « Inédito : APIB denuncia Bolsonaro, em Haia, por genocídio indígena », *op. cit.*

⁷⁷ APIB, *Nossa luta é pela vida*, *op. cit.*

⁷⁸ *Déclaration relative à l'utilisation de l'intelligence artificielle générative. Dans le cadre de la préparation de cet article, l'auteure a utilisé ChatGPT (OpenAI) comme outil d'assistance à la traduction du portugais vers le français, ainsi qu'à la révision linguistique et stylistique, à la reformulation et à la clarification rédactionnelle de certains passages. L'ensemble des propositions produites par l'outil a été relu, vérifié et, le cas échéant, modifié par l'auteure, qui assume l'entière responsabilité du contenu et de la version finale du manuscrit. La conception de la recherche, la constitution et l'analyse du corpus, les choix théoriques, l'interprétation des sources et les conclusions relèvent de l'auteure.*

Bibliographie

ANZOLIN A. S., « As doenças como exempla : epidemias e mortes nas cartas do jesuíta José de Anchieta », *Cadernos de História*, vol. 17, n° 27, 2016, p. 274-288.

APIB – ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, « Eleições 2018 : Em defesa da democracia e dos nossos direitos », Brasília, 19 octobre 2018.

APIB, « Articulação dos Povos Indígenas aciona PGR contra Bolsonaro por crime de racismo », Brasília, 24 janvier 2020.

APIB, *Nossa luta é pela vida : Emergência Indígena no enfrentamento à Covid-19 no Brasil*, Brasília, APIB, 2020, 110 p.

APIB, « Apib denuncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos violações de direitos durante a pandemia », Brasília, 2 octobre 2020.

APIB, « Governo Federal persegue e tenta calar a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil e Sonia Guajajara », Brasília, 30 avril 2021.

APIB, « Inédito : APIB denuncia Bolsonaro, em Haia, por genocídio indígena », Brasília, 9 août 2021.

APIB / LEVANTE PELA TERRA, *Manifeste pour le droit à la vie et au territoire des peuples autochtones*, juin 2021.

CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, *Relatório Violência contra os Povos Indígenas do Brasil*, Brasília, CIMI/CNBB, 2019/2020.

CIMI, « O Desmonte da saúde indígena é uma pandemia à parte », *Nota do CIMI*, 24 août 2020.

CNV – COMISSÃO NACIONAL DA VERDADE, *Relatório*, vol. 2, Textos temáticos 5 : « Violações dos direitos humanos dos Povos Indígenas », Brasília, CNV, 2014, p. 203-262.

FRASER Nancy, « Mercantilização, proteção social e emancipação : as ambivalências do feminismo na crise do capitalismo », *Revista Direito GV*, vol. 7, n° 2, 2011, p. 617-634 (trad. Natália Luchini ; éd. originale : « Marchandisation, protection sociale et émancipation », dans *Les discriminations entre les femmes et les hommes*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011).

FRASER Nancy, « A Triple Movement? Parsing the Politics of Crisis after Polanyi », *New Left Review*, n° 81, 2013, p. 119-132.

FRASER Nancy, « Can society be commodities all the way down? Post-Polanyian reflections on capitalist crisis », *Economy and Society*, vol. 43, n° 4, 2014, p. 541-558.

LAPOINTE Paul-André, *La théorie critique de Nancy Fraser*, Montréal, Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), coll. « Études théoriques et méthodologiques », no ET2001, 2020, 51 p.

LEONEL Filipe, « Contaminação por mercúrio se alastra na população Yanomami », *ENSP/Fiocruz*, 16 août 2019.

LIEBGOTT Roberto Antônio, « Sobre um presidente genocida e sobre a responsabilidade extensiva de quem se omite ou é conivente », *Desacato*, 30 avril 2020.

MAUPAS Stéphanie, « Brésil : le chef indigène Raoni porte plainte contre Jair Bolsonaro pour crimes contre l'humanité », *Le Monde*, 23 janvier 2021.

MENEGASSI Duda, « Mineração em Terras Indígenas, regularização fundiária e mais : entenda as prioridades de Bolsonaro para 2021 », *(o)eco*, 7 février 2021.

MENTON Mary *et al.*, « The COVID-19 pandemic intensified resource conflicts and indigenous resistance in Brazil », *World Development*, n° 138, 2021.

MILANEZ Felipe, « Fighting the invisible anaconda amidst a war of conquest : notes of a genocide », *Ambiente & Sociedade*, vol. 23, 2020, p. 1-11.

MINISTÉRIO DO INTERIOR, *Relatório Figueiredo*, Brasília, 1968, 6^a Câmara da Procuradoria Geral da República.

NEIVA Leonardo, « Como colonizadores infectaram milhares de índios no Brasil com presentes e promessas falsas », *BBC News Brasil*, 20 juillet 2020.

PIPER-SHAFFIR Isabel, FERNÁNDEZ-DROGUETT Roberto et ÍÑIGUEZ-RUEDA Lupicinio, « Psicología Social de la Memoria : Espacios y Políticas del Recuerdo », *Psykhé*, vol. 22, n° 2, 2013, p. 19-31.

POLANYI Karl, *La Grande Transformation*, Paris, Gallimard, 1983 [réed. 1944].
SENRA Ricardo, « 5 vezes em que Bolsonaro disse “e daí?” sobre temas importantes », *BBC News Brasil*, 29 avril 2020.

ELOY TERENA Luiz Henrique, « Somos obrigados a obrigar o governo a não nos deixar morrer », *Folha de São Paulo*, 30 juin 2020.

ELOY TERENA Luiz Henrique, « ADPF 709 no Supremo : povos indígenas e o direito de existir! », *Mídia Ninja*, 30 juillet 2020.

ZEMA DE RESENDE Ana Catarina, « O Relatório Figueiredo, as violações dos direitos dos povos indígenas no Brasil dos anos 1960 e a “justa memória” », dans A. C. Wolkmer *et al.* (dir.), *História do Direito*, Florianópolis, CONPEDI/UFS, 2015, p. 1-23.

À propos des auteurs et autrices

ABEID Said Nassor :

Said Nassor Abied est docteur en anthropologie génétique et biologie moléculaire. Il est enseignant-chercheur au sein de la faculté des sciences et techniques de l'Université des Comores.

BELLIER Irène :

Irène Bellier est anthropologue, directrice de recherche émérite au CNRS. Après des recherches doctorales sur le rapport entre les hommes et les femmes dans une société sans classe d'Amazonie péruvienne (EHESS 1986), elle s'est orientée vers l'anthropologie des institutions (ENA, Commission européenne) puis a étudié l'émergence du mouvement international des peuples autochtones. Ayant suivi dès 2000, les négociations relatives aux droits des peuples autochtones aux Nations unies, à partir de 2010 elle a dirigé un programme ERC sur les situations des peuples autochtones dans une dizaine d'États sur 4 continents (SOGIP, ERC 249236). Auteure de très nombreuses publications, elle a notamment publié 7 ouvrages résultant du travail de l'équipe ERC qu'elle a dirigée jusque 2016.

FADIL Mohamed :

Professeur de sociologie à l'Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès (Maroc), il est chef de département de sociologie à la Faculté des lettres et des sciences humaines de Fès-Saïs. Docteur en sociologie des religions dans le cadre d'un programme conjoint entre l'École Pratique des hautes études (Paris) et l'Université de Montréal (Canada), il est chercheur associé à plusieurs institutions internationales, dont la Chaire de recherche sur la diversité culturelle et religieuse de l'Université de Montréal. Spécialiste de sociologie des religions, des rapports entre religion et politique, des mouvements religieux et des minorités religieuses dans les sociétés musulmanes, il a publié récemment *le parrain et les héritiers : Une sociologie de l'islamisme au Maroc* (2022) et *L'Épreuve de la politique : Un islamisme au bord de la sécularisation* (2023). Son dernier ouvrage a reçu le prix du livre de sociologie international décerné par la société canadienne de sociologie (2025).

MOSCATO Quentin :

Docteur en sociologie et juriste de formation, Quentin Moscato est chercheur post-doctorant à l'UMR Droit, Religion, Entreprise et Société (DRES) de l'Université de Strasbourg, dans le cadre du programme ReligiS financé par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR). Il est également chercheur associé au Centre de Recherche sur les Expertises, les Arts et les Transitions (CREAT) de l'Université de Lorraine (Metz).

NAOUIROU Mhadji :

Mhadji Naouirou est docteur en médecine et diplômé manager des systèmes de santé. Il est directeur de La lutte contre la Maladie au sein du Ministère de la santé de l'Union des Comores.

ODONNE Guillaume :

Guillaume Odonne est ethnobotaniste, Directeur de recherche au CNRS (UAR LEEISA, Guyane). Ses travaux portent sur l'histoire et la circulation des savoirs ethnobotaniques, les pharmacopées amazoniennes et caribéennes, ainsi que sur les interactions entre les sociétés humaines et leur environnement végétal.

TAREAU Marc-Alexandre :

Marc-Alexandre Tareau est ethnobotaniste et anthropologue de la santé à l'Institut Santé des Populations en Amazonie (ISPA, CHU de Guyane). Il étudie les pharmacopées traditionnelles de la Caraïbe et de l'Amazonie, les médecines populaires et les relations entre biodiversité, culture et santé.

YSSOUF Amina :

Amina Yssouf est docteure en entomologie. Elle est responsable du laboratoire d'entomologie PNLP (Programme National de Lutte contre le Paludisme).

ZEMA Anna :

Ana Zema est docteure en histoire de l'Université de Brasília (UnB) et a mené des recherches postdoctorales à l'Université Laval (Québec) et au Centre de développement durable de l'UnB. Elle travaille sur les droits des peuples autochtones, les politiques indigénistes et la mémoire des violations commises contre eux au Brésil. Elle co-coordonne le Groupe de travail « Peuples autochtones et disputes épistémico-territoriales » (PI-DET) du CLACSO et est chercheuse à l'Observatoire des droits et politiques indigénistes de l'UnB. Elle est également historienne du projet mené par Rainforest Trust, la FUNAI et la Finattec pour la reconnaissance de territoires de peuples autochtones au Brésil.

Résumés des articles

Entre craintes collectives et résistances socio-culturelles : aperçu anthropologique de l'expérience de la pandémie COVID-19 aux Comores.

Said Nassor ABEID, Amina YSSOUF , Mhadji NAOUIROU

Résumé. Cette étude analyse les connaissances, attitudes et pratiques de la population comorienne face à la COVID-19 à travers un prisme anthropologique et de santé publique. Basée sur une enquête CAP réalisée sur les trois îles de l'archipel, elle révèle une connaissance largement diffusée de la maladie (94,1 %), mais des attitudes ambivalentes envers les mesures préventives. La radio et la télévision constituent les principaux canaux d'information, bien que les réseaux sociaux jouent un rôle de plus en plus important. Par ailleurs, nos observations mettent en lumière une stigmatisation marquée des malades, des rumeurs persistantes sur l'origine de la maladie et des résistances culturelles aux mesures barrières, notamment la fermeture des lieux de culte et l'interdiction des mariages traditionnels. Ce manuscrit tend à explorer comment les Comoriens ont négocié leur rapport à la maladie entre peurs collectives, croyances locales et recompositions sociales.

Mots-clés : COVID-19 – Comores - connaissances-attitudes-pratiques - anthropologie de la santé – stigmatisation – rumeurs

Abstract. *This study analyzes the knowledge, attitudes, and practices of the Comorian population regarding COVID-19 from an anthropological and public health perspective. Based on a CAP survey conducted on the three islands of the archipelago, it reveals widespread awareness of the disease (94.1%), but ambivalent attitudes toward preventive measures. Radio and television are the primary sources of information, although social media is playing an increasingly important role. Furthermore, our observations highlight significant stigmatization of those who are sick, persistent rumors about the disease's origin, and cultural resistance to containment measures, particularly the closure of places of worship and the ban on traditional weddings. This manuscript seeks to explore how Comorians have navigated their relationship with the disease amid collective fears, local beliefs, and social upheavals.*

Keywords. COVID-19 – Comoros - knowledge-attitudes-practices - anthropology of health – stigmatization - rumors

À Dieu ce qui est à Dieu, à Hippocrate ce qui est à Hippocrate. Quel rôle pour le religieux dans la gestion de la pandémie en contextes de sécularisation différenciées ?

Mohamed FADIL

Résumé. Les épidémies constituent un observatoire privilégié des recompositions des rapports entre religion et santé. Elles révèlent les tensions, mais aussi les articulations, entre corpus religieux et expertise biomédicale. Cet article mobilise des approches théoriques issues de la sociologie et de l'anthropologie pour analyser un corpus de discours et de pratiques produits au cours des premiers six mois de la pandémie de Covid-19. Son objectif est d'analyser l'articulation entre les registres de légitimité scientifique et religieuse dans des contextes de sécularisation différenciée. Une attention particulière est portée au Maroc où la forte régulation étatique du champ religieux a favorisé une convergence entre les légitimités scientifique et religieuse qui a renforcé l'adhésion de la population aux politiques sanitaires.

Mots-clés : Épidémies – Covid-19–Religion– santé-Maroc

***Abstract.** Epidemics provide a privileged lens through which to examine the changing relationship between religion and health. They reveal not only tensions but also points of convergence between religious traditions and biomedical expertise. Drawing on theoretical approaches from sociology and anthropology, this article analyzes a corpus of discourses and practices produced during the first six months of the Covid-19 pandemic. It examines the interaction between scientific and religious sources of legitimacy in contexts of differentiated secularization. Particular attention is paid to Morocco, where strong state regulation of the religious field fostered convergence between scientific and religious legitimacy, thereby strengthening public adherence to health policies*

Keywords: Epidemics – Covid-19 – Religion – Health – Morocco

Des inégalités d'accès à l'information aux inégalités de définition de la situation : Difficultés et ressources des personnes âgées immigrées originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne pendant la pandémie de Covid-19.

MOSCATO Quentin

Résumé. À partir d'une recherche doctorale qualitative menée auprès de personnes âgées immigrées originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne en France, cet article interroge les conditions sociales de construction du sens durant la pandémie de Covid-19. Il montre que les difficultés rencontrées ne relèvent pas seulement d'inégalités d'accès à l'information sanitaire, mais également de ressources inégalement distribuées permettant de comprendre ces informations et de construire une définition éclairée de la situation. Il met aussi en évidence le rôle de la spiritualité comme ressource permettant de construire du sens dans un contexte marqué par l'incertitude et d'orienter les pratiques d'adaptation face aux évolutions de la crise. L'article propose ainsi d'appréhender

les inégalités de définition de la situation comme une dimension des inégalités sociales face aux crises sanitaires.

Mots-clés : pandémie de Covid-19 - personnes âgées immigrées - définition de la situation - spiritualité.

Abstract. Drawing on a qualitative doctoral study conducted with older immigrants from North and Sub-Saharan Africa living in France, this article examines the social conditions underpinning meaning-making during the COVID-19 pandemic. It shows that the difficulties experienced by participants stemmed not only from unequal access to health information, but also from the unequal distribution of resources enabling them to understand this information and construct an informed definition of the situation. The article also highlights the role of spirituality as a resource for making sense of the pandemic in a context marked by uncertainty and for guiding adaptive practices throughout the evolving health crisis. It therefore proposes the concept of *inequalities in the definition of the situation* as a specific dimension of social inequalities in the face of health crises.

Keywords: COVID-19 pandemic - older immigrants - definition of the situation - spirituality.

Quand une plante devient un phénomène de société : l'exemple de l'herbe à pique (*Neurolaena lobata*) aux Antilles.

Marc-Alexandre TAREAU
Guillaume ODONNE

Résumé. La pandémie de Covid-19 a propulsé le *zeb a pik* (*Neurolaena lobata*) parmi les plantes médicinales les plus populaires des Antilles françaises. À partir d'une enquête ethnobotanique menée en Martinique et de sources historiques, cet article retrace l'histoire de cette « célébrité végétale », analyse les représentations qui lui sont associées et montre comment les crises sanitaires, les médias et les circulations de savoirs contribuent à transformer le statut culturel des plantes médicinales.

Mots clés : ethnobotanique - pharmacopées créoles – *zeb a pik* - Covid-19 – Martinique

Abstract. The Covid-19 pandemic propelled *zeb a pik* (*Neurolaena lobata*) to the forefront of medicinal plant use in the French Caribbean. Based on an ethnobotanical survey conducted in Martinique and supported by historical sources, this paper retraces the history of this "plant celebrity", explores the representations associated with it, and examines how health crises, media exposure, and the circulation of knowledge shape the cultural status of medicinal plants. More broadly, it highlights how ethnobotany can help understand the social trajectories of plants and the societies that give them meaning.

Keywords: ethnobotany – Creole pharmacopoeias – *zeb a pik* - Covid-19 – Martinique

Les peuples autochtones dans la pandémie du Covid

Irène BELLIER

Résumé. Cet article reprend une synthèse que j'avais publiée en ligne en mai 2020, élaborée sur la base d'une veille Internet et des réseaux sociaux. Complété de rares articles consacrés à la pandémie au sein des peuples autochtones, il aborde en sept points la mémoire traumatique des épidémies ; l'inconnue des chiffres ; la manière dont les autochtones ont été informés ; les plans d'analyse de la pandémie ; les impacts ; comment ils ont réagi ; la question de la distanciation et comment ils sont organisés pour vivre, se nourrir et se soigner.

Mots-clés : Peuples autochtones ; pandémie ; mémoire ; impacts ; organisations

***Abstract.** This article draws on a summary I published online in May 2020 compiled from data gathered through online monitoring and social media. Supplemented by a few existing articles on the pandemic and Indigenous peoples, it addresses seven key aspects: the traumatic memory of epidemics; the uncertainty surrounding the figures; how Indigenous communities were informed; pandemic analysis plans; the impacts; their reactions; the issue of social distancing; and how they organized themselves for daily life, food, and healthcare.*

Keywords: Indigenous peoples- pandemic – memory – impacts - organizations

Pour le droit d'exister : stratégies autochtones de survie face au COVID-19 au Brésil ?

Ana ZEMA

Résumé. L'arrivée de la COVID-19 au Brésil a eu des effets dévastateurs sur les peuples autochtones, déjà confrontés à l'offensive anti-autochtone du gouvernement Bolsonaro. Loin d'attendre une protection que l'État leur refusait, ils ont déployé différentes stratégies pour défendre leurs vies et leurs territoires : leurs organisations ont mis en place des mesures de protection dans les communautés et ont exigé des pouvoirs publics qu'ils assument leurs responsabilités. À partir du triple mouvement de Nancy Fraser, l'article montre que ces stratégies autochtones opposent, à la marchandisation des territoires et au mépris des vies autochtones, une protection sociale conquise par la lutte. Celle-ci ne se réduit toutefois pas à une demande d'assistance : elle s'articule à l'affirmation de l'autodétermination et du droit d'exister comme peuples.

Mots-clés : peuples autochtones - COVID-19 - Brésil - APIB - triple mouvement - autodétermination.

***Abstract.** The arrival of COVID-19 in Brazil had devastating effects on Indigenous peoples, who were already facing the Bolsonaro government's anti-Indigenous offensive. Far from waiting for the protection the state denied them, they deployed different strategies to defend their lives and territories: their organizations implemented protective measures within their communities and demanded that public authorities fulfill their responsibilities. Drawing on Nancy*

Fraser's triple movement, the article shows that these Indigenous strategies counter the commodification of territories and disregard for Indigenous lives by securing social protection through struggle. Such protection, however, cannot be reduced to a demand for assistance: it is inseparable from the assertion of self-determination and the right to exist as peoples.

Keywords: peuples autochtones - COVID-19 - Brésil - APIB - triple mouvement - autodétermination.

Indications bibliographiques

BACQUE Raphaëlle, CHEMIN Ariane, SAINT-CRICQ Renaud et NICOBY, Patient zéro. A l'origine du coronavirus en France, Paris, Glénat, 2021, 112 p.

Basée sur une enquête journalistique très bien documentée, cette BD revient sur les débuts de la contamination en France, à partir du rapatriement par vol militaire de 193 civils, en majorité des français. Leur vol s'est posé sur la base d'Istres, le 31 janvier 2020. Ils ont été accueillis par la ministre de la santé et des solidarités, Agnès Buzyn. Ils ont fui l'épidémie à Wuhan en Chine et ils ont été mis ensuite en quarantaine dans un centre de vacances à Carry-le-Rouet.

L'enquête des journalistes du journal *Le Monde*, à l'origine de cette publication, se déplace ensuite dans l'Oise, autour de la contamination d'un professeur de technologie du collège Jean de La Fontaine de Crépy-en Valois qui sera le premier patient français emporté par la maladie dans la nuit du 25 au 26 février 2020. Le professeur Arnaud Fontanet, directeur de recherches à l'Institut Pasteur, déclare dans un entretien au *Courrier Picard* du 17 mars 2025 (repris par *Oisehebdofr*) que la base aérienne militaire 110 de Creil n'est pas à l'origine de l'épidémie de Covid-19 dans l'Oise mais que le personnel de l'avion qui s'était posé le 31 janvier 2020 à Carry-le-Rouet n'avait pas été testé, ni placé à l'isolement ensuite. Le 19 mars 2020, la rumeur se propage : « il paraît que les militaires de la base de Creil sont allés au lycée de Crepy et qu'ils ont contaminé les profs » (p. 82).

La BD raconte la traque du patient zéro en France depuis les cabinets ministériels, depuis le traçage effectué par les épidémiologistes de Santé Publique France, dans un décor de campagne électorale municipale, entremêlé de flashs sur le procès Fillon, la communication du professeur Raoult depuis l'IHU de Marseille, les déclarations du président Macron, etc. Cette BD aux allures de polar nous entraîne dans les coulisses de la sphère politique, de la rumeur omniprésente dans les médias et la population, de la gestion locale très hésitante de l'ARS, dans l'angoisse permanente que vivent les familles, les soignants, les épidémiologistes. Le lecteur est ainsi amené à suivre la très passionnante enquête menée par les autorités sanitaires au fil des événements qui se sont déroulés entre janvier et mars 2020.

DAVET Gérard et LHOMME Fabrice, Les juges et l'assassin, Paris, Flammarion, 2025, 442 p.

Il est impossible à toute personne s'intéressant à la pandémie de Covid-19 de se passer de la lecture de la volumineuse enquête journalistique conduite par ces deux grands reporters du journal *Le Monde*. Dans cet ouvrage l'assassin est le Covid-19, à l'origine de 170 000 victimes française et on va retrouver les juges à la Cour de justice de la République, créée en 1993 pour enquêter sur la responsabilité pénale des ministres pour les actes commis dans le cadre de leur fonction, à la Cour de cassation, à la Cour des comptes, au Conseil d'Etat, etc. Va-t-on déboucher sur une affaire d'Etat ? Va-t-on oublier les 29 883 morts en à peine cinq mois ? Au filtre de la commission des requêtes, seuls trois ministres

ont été visés : Edouard Philippe, premier ministre, et les ministres de la santé Agnès Buzin puis Olivier Véran.

NAUMANN Elias, BIOCALTI RINALDI Ferruccio, NAUDI Alita et RECCHI Ettore. (eds.), *Social life during Covid-19 in France, Germany, Italy and the United Kingdom*, Palgrave, Mc Millan, 2025, 282 p.

Cet ouvrage collectif propose une analyse approfondie des attitudes, des comportements des populations en France, en Allemagne, en Italie et au Royaume Uni durant la pandémie de Covid-19. Ses auteurs insistent sur les inégalités sociales qui touchent différents groupes de populations, en prenant en compte l'âge, le genre, la position socioéconomique, à partir d'une analyse très fine des impacts de la crise sur la vie quotidienne, sur les conditions de travail. Ils aboutissent au constat d'une dégradation progressive des états de santé mentale et physiologique (anxiété, dépression, sentiment de solitude, etc.).

NICOLAS Thierry (dir.), *Territoires, populations et Covid-19. Les pays du Sud et les espaces ultramarins face à la pandémie*, Paris, Le Cavalier Bleu, 2026, 284 p.

Cet ouvrage collectif est issu d'un colloque organisé en octobre 2025 à l'université de Guyane, dans le cadre d'un projet TEPCOV (Territoires, populations, Covid-19), financé par les collectivités locales, l'Union européenne et l'Europe s'engage. Il s'agit de réévaluer l'apport spécifique dans l'analyse du territoire, des sciences humaines et sociales, en convoquant près d'une dizaine de disciplines. Durant la pandémie de Covid-19, le territoire a été investi par les sciences biomédicales qui ont confronté les données de santé à des paramètres constitutifs d'une unité spatiale cohérente, sans trop de préoccuper de la façon dont les sciences humaines et sociales pouvaient appréhender différemment ce territoire, laissant le primat aux données mesurables, quantifiables, observables et comparables, ce qui tend à marginaliser les autres types d'approche.

La première partie de cet ouvrage examine les différentes modalités de gestion de la crise sanitaire suivant les types de territoires, dans l'Outre-Mer français, en République Démocratique du Congo, puis une seconde partie s'attarde sur les problématiques transfrontalières, au Maroc, en Guyane et au Brésil, avant d'aborder les impacts socio-économiques de la pandémie au Cameroun, de l'économie informelle entre la Guyane et le Surinam. Des inégalités territoriales viennent perturber la continuité pédagogique au Sénégal et au Cameroun, tandis que certains territoires comme la Guyane française, la Réunion et les Antilles voient un développement important et très regrettable des violences intrafamiliales.

Cet ouvrage avait aussi l'objectif d'ouvrir des perspectives de recherche inédites et ambitieuses autour des problématiques liées à la pandémie et de donner davantage de visibilité aux recherches en sciences humaines et sociales. Le dernier texte de cet ouvrage, écrit par une historienne de l'université de Guyane, se propose ainsi de questionner la notion de sécurité sanitaire dans le contexte colonial français marqué par l'importance des décès liés aux maladies infectieuses, à travers les conditions du développement de la médecine coloniale. Enfin, cet ouvrage a été l'occasion pour l'OPPEE de mieux faire connaître ses perspectives de recherche pluridisciplinaires démarrées en juin 2020 au sein de

l'université de Bordeaux. Axées sur les politiques sanitaires et les politiques de santé publique, majoritairement en droit et science politique, en nous appuyant sur une analyse comparée des régimes politiques et l'organisation du pouvoir politique dans les pays d'Europe centrale et orientale, en Russie, en Afrique, au Moyen-Orient, dans la zone océan Indien et dans la zone américano-caribéenne. La multiplication des régimes d'exception n'a pas été sans poser de problèmes aux régimes « dits démocratiques ». La tendance à voir se développer le populisme, le complotisme, la désinformation, a aussi marqué cette période épidémique dans plusieurs territoires très attirés par des politiques nationalistes et protectionnistes.

PERRONNE Christian, *Décidément, ils n'ont toujours rien compris !*, Paris, Albin Michel, 2021, 278 p.

Baptisé « le chef de service du complotisme », le professeur Perrone s'est vu retirer par le conseil de l'ordre des médecins de son titre de chef de service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches, pour « avoir tenu des propos indignes de la fonction qu'il exerce » (p.20). Il choisit de s'exprimer dans cet ouvrage, servi par une écriture féroce, mais nourrie de faits précis, notamment au niveau des médecins, en France mais aussi en Europe, qui se dressent contre la gestion de la Covid-19 par leur gouvernement et ceux qui démissionnent pour les mêmes raisons, par exemple, les six membres du conseil de surveillance des essais Covid-19 de l'AP-HP qui ont démissionné dès le 6 mai 2020 à cause d'un « vif désaccord » sur les effets d'un médicament dont ils pensaient qu'il marchait peut être sur les malades Covid-19. Tous ces médecins sont traités de complotistes ou juste de dingues dans leur pays parce qu'ils remettent en cause les décisions de leurs dirigeants. Sont également abordés la question des masques par Santé publique France, le rôle du Conseil national de l'Ordre des médecins, de l'OMS, de la Haute autorité en santé, du conseil scientifique mis en place par le président Macron, pour ce qui concerna la politique vaccinale et une interrogation majeure sur « les liens d'intérêts directs et indirects avec l'industrie pharmaceutique » (p.56-66). Est aussi analysée la façon dont on fait peur avec les chiffres, avec les mots, avec les images (clips, spots publicitaires) et la façon dont le gouvernement étend son pouvoir, à coup de décrets et de lois (réglementation des déplacements, interdictions de sortie du domicile, fermetures provisoires d'établissements, mise en quarantaine, réquisition des biens et des services, accès aux transports, aux lieux publics, aux réunions, allongements de l'état d'urgence sanitaire, etc.).

SENICK Claudia (dir.), *Le travail à distance. Défis, enjeux, limites*, Paris, La Découverte (Recherches), 2023, 228 p.

Tirant d'intéressantes analyses de l'un des principaux héritages de la pandémie de Covid-19, cet ouvrage collectif nous montre comment le télétravail, au moins partiel, est entré dans nos mœurs. Le choc inattendu de la pandémie a fait soudainement basculer de nombreuses personnes en activités dans le travail à distance, pour des raisons de santé publique, mais tout en étant aussi parfois facteur d'innovation et de coopération renforcée entre acteurs. Cette pratique a créé également des défis juridiques et psychologiques, notamment ceux de l'apparition du domicile comme nouveau lieu de travail, de cette massification

imprévue qui crée des risques spécifiques en matière de conditions de télétravail. Le domicile que le droit a progressivement sanctuarisé comme siège de l'intimité, en retrait de la vie publique, se voit reconfiguré de l'intérieur par les individus qui rebasculent les rapports entre la communauté et l'individu sur des bases de fortes solidarités collectives faisant prévaloir la communauté sur l'individu.

On peut retenir ici deux présentations bien argumentées, celle de Céline Teyssier (p. 40-56) qui aborde dans cet ouvrage plusieurs questionnements juridiques comme l'équipement du poste de travail à domicile et la conformité du lieu de travail : comment décharger l'employeur de son obligation de sécurité à la fois de l'employé et du lieu de travail ? comment concilier les obligations de l'employeur vis-à-vis de ses responsabilités en matière d'hygiène et de sécurité avec l'inviolabilité du domicile ? Et en examinant les conséquences du télétravail sur le secteur touristique, Aurélie Condevaux (p. 94-112) pose par ailleurs la question du passage de l'expérience physique des lieux (visites guidées, dégustations de produits locaux) à celle des plateformes en ligne qui offrent une pratique de « tourisme virtuel ». Les « visites en ligne » se traduisent le plus souvent par des monologues de prestataires, tout en présentant l'avantage pour les prestataires de constituer des « bouées de sauvetage » leur permettant de maintenir des revenus.