

Introduction

Se dresser contre le Covid-19 ou comment affronter « notre vulnérabilité commune »¹

Bernard Cherubini

OPPEE-IRM (Institut de recherche Montesquieu), Université de Bordeaux

En ouvrant les débats sur la façon dont a pu être vécue l'épidémie de Covid-19 à La Réunion et dans l'océan Indien, nous savions que la situation dans l'outre-mer français allait faire l'objet d'un ressenti quelque peu différent de celui qui avait pu être enregistré en France métropolitaine, avec des différences notoires d'un territoire à l'autre. Vues depuis l'Université de Bordeaux, ces différences se sont en premier lieu manifestées à travers les témoignages recueillis auprès de nos étudiants ultramarins mais aussi malgaches restés en contact quasi quotidien avec leurs familles dès les premières semaines du confinement en Métropole. Des échanges entre collègues universitaires nous ont par la suite confortés dans l'idée que faire un point rétroactif et pluridisciplinaire sur ces trois années de « crise Covid-19 » était indispensable compte tenu des conséquences sociales, économiques, politiques, culturelles que ces événements avaient pu engendrer à l'échelle régionale, nationale, plus que jamais marquée par l'éloignement, l'insularité et les états très variables des contextes sanitaires et médico-sociaux.

Un premier aperçu de ces situations contrastées nous a été donné à travers plusieurs communications présentées lors du 3^e Congrès de recherche en santé de l'océan Indien, organisé à Saint-Leu, les 9 et 10 novembre 2022. En sollicitant nos collègues du LCF (Laboratoire de recherche sur les espaces créoles et francophones), par l'intermédiaire du professeur Thierry Malbert, par

¹ Michel Agier, *Vivre avec les épouvantails. Le monde, les corps, la peur*, Paris, Premier Parallèle, 2020.

ailleurs membre de notre observatoire basé à l'Université de Bordeaux, nous sommes parvenus à constituer un programme de colloque assez varié qui a permis l'élaboration de cet ouvrage, avec des intervenants de différentes disciplines, des sciences humaines et sociales aux sciences médicales, en passant par le droit et les sciences biologiques. Il nous a par ailleurs paru indispensable d'envisager ces analyses à l'échelle régionale, à partir de recherches impliquant des structures sanitaires, des institutions politiques, religieuses, scientifiques, à La Réunion, à Madagascar, à Mayotte et aux Comores, sans oublier les Seychelles et l'île Maurice, dans ce qu'il est désormais convenu d'appeler le « *One Health* » (« une seule santé ») qui permet de relier des agents pathogènes infectieux issus des milieux de vie humains comme animaux et végétaux.

Depuis notre première affectation à l'Université de La Réunion en septembre 1989, la recherche dans cette université s'est considérablement renforcée et diversifiée, à l'image de l'impulsion donnée par la création de l'UFR santé en 2010, de l'ouverture d'un nouveau campus dans l'Est en 2022. Si nous sommes restés fidèles à l'ethnologie régionale et à l'anthropologie de la santé, depuis nos premières recherches sur l'épidémie de sida au début des années 1980, il nous faut désormais saluer les ouvertures pluridisciplinaires qu'un tel développement de l'université autorise, à l'image de la diversité des contributions que nous sommes en mesure de rassembler aujourd'hui dans cet ouvrage collectif. Le résultat est à l'image de la démarche globale de l'OPPEE (Observatoire des politiques publiques en situation d'épidémie et post-épidémique) qui met en place une approche pluridisciplinaire qui intègre des collègues de différentes disciplines, intéressés par des domaines très variés : de la santé environnementale au suivi des parcours de soins et de prévention, des projets territoriaux de santé aux politiques de la vieillesse, de la dépendance, de l'emploi et de la protection sociale, de la sécurité sanitaire aux relocalisations de l'industrie pharmaceutique, du droit de la santé à la restriction des libertés individuelles, des enjeux du numérique aux coûts du fonctionnement du système de santé.

De façon plus générale, comment aborder ces questions avec désormais un peu plus de recul ? Dans le cadre de cette brève introduction, nous nous limiterons à trois aspects qui nous ont paru marquants dans cette période de crise. Le premier est articulé sur une série de constatations et concerne la façon dont les autorités

politiques et administratives ont choisi de conduire la gestion de ces événements et de communiquer, ce qui aura permis à certains observateurs de souligner la faiblesse de notre système de santé et à d'autres de s'interroger sur notre façon de piloter les enjeux de santé publique. On peut ensuite interroger les conséquences d'une mise à distance de l'Autre dans le cadre des mesures préventives adoptées par les autorités en santé pour contrer les contaminations, puis faire un point sur les réflexions plus globales qui émanent de tous ceux qui, à l'image d'Edgar Morin (2020), ont posé la question d'une « communauté de destin » qui concernerait tous les humains ainsi que le règne animal et végétal.

La gestion statistique et épidémiologique de l'épidémie

Depuis l'entrée en guerre contre le coronavirus décrétée le 19 mars 2020 par le président de la République, la peur s'est brutalement installée dans les rues, dans les foyers, sur les lieux de travail et de loisirs. Comme aime à le rappeler Christophe Barbier (2022), « chaque soir la France écoute l'Angélus du coronavirus, l'oraison très funèbre de frère Jérôme “Chrysostome” Salomon » [...] ; « C'est le subterfuge de la statistique, ce réflexe de placer des chiffres là où on ne peut mettre des idées... ». On retrouve à ce niveau des critiques devenues depuis plusieurs années récurrentes à propos de la gestion des problèmes de santé publique, en particulier au niveau de la prévention, que le journaliste Christophe Barbier (2022) peut résumer de la façon suivante dans un chapitre de son ouvrage consacré au Covid-19, qu'il a intitulé « La tyrannie noire de la statistique » : on retrouve derrière ces écrans chiffrés « l'administration qui cache la réalité et s'habille d'une toge mathématique », quelque chose de « typique de la technocratie française », une « tactique de l'administration sanitaire aussi grossière qu'efficace »². Rien de neuf à ce niveau, les précédentes crises sanitaires ont déjà mis en évidence « l'hégémonie du chiffre » qui déshumanise la parole politique en matière de santé publique (Berlivet, 2001) et la

² Christophe Barbier (2022) p. 69 et 75. Orateur de talent, Saint-Jean Chrysostome, archevêque de Constantinople (né vers 344-349), était surnommé « bouche d'or » pour son éloquence. Jérôme Salomon, médecin-infectiologue, directeur général de la santé entre 2018 et 2023, a fait un point de situation quotidien sur la lutte contre le coronavirus sur les chaînes TV d'information.

faiblesse de nos moyens mis à la disposition des professionnels de la prévention et de la promotion de la santé.

Durant la canicule de l'été 2003, le professeur Lucien Abenhaïm (2003), directeur général de la santé démissionnaire, n'a pas manqué de s'émouvoir devant « la misère de la prévention », et « la faiblesse du pilotage », avec pour seul outil à sa disposition un système d'information peu opérationnel et un traitement de la question comme une « affaire technique ». La période de lutte contre l'épidémie du sida a conduit des sociologues de la santé comme Marc Lorient (2002) à dénoncer un « hospitalo-centrisme » et une vision bien trop technocratique au centre de la domination médicale. La pandémie actuelle tendrait à nouveau à mettre en lumière un surdimensionnement des attentes en matière de prévention et de participation citoyenne et un sous-dimensionnement des infrastructures médicales et médico-sociales, de possibilités de mobilisation citoyenne.

Ce qui est sûr, c'est que le public a besoin d'être rassuré, il souhaite être informé avec une communication crédible divulguée par le corps médical, à tel point qu'on peut se poser la question :

Le virus n'a-t-il pas révélé l'émergence d'un nouveau statut de la vérité, lié à un élément objectif préalable (le virus), mais dont la logique de diffusion suppose une science particulière (l'épidémiologie) pour comprendre le mécanisme évolutif ? (Gaboriau et Ghasarian, 2020 : 41).

Le savoir objectif se composerait alors du nombre de personnes décédées (admisses en réanimation et dans un autre service), puis par la distinction entre cas confirmés et cas possibles, qui feront l'objet d'un bulletin quotidien, s'inscrivant sur des courbes en cloche ou en chapeau de gendarme, d'abord montantes puis ensuite descendantes. Les courbes proposées par les organismes internationaux sont en revanche assez édifiantes : au 17 mai 2020, l'OMS (Organisation mondiale de la santé) recensait 4 529 027 cas confirmés de Covid-19 et 307 565 décès. À La Réunion, le premier cas de Covid-19 a été confirmé le 11 mars 2020³. Le 17 avril, au

³ Toutes les statistiques concernant les cas de Covid, les *clusters*, par commune, dans les établissements scolaires, les Ehpad, etc. sont issues des bulletins hebdomadaires de l'ARS, de la préfecture de La Réunion, de Santé publique France.

32^e jour du confinement, on recensait 394 cas de Covid-19 à La Réunion. Au 30 juin, 526 cas étaient recensés par l'ARS, dont plus de 70 % étaient des cas importés.

Avec du recul, on peut désormais mieux apprécier les dégâts causés par l'épidémie à l'échelle mondiale et à celle des Outre-mer français. Le professeur François Taglioni nous a présenté dans notre colloque du 6 juin 2023 quelques statistiques significatives de l'importance de ce phénomène au cours des trois dernières années. Si l'on retient, comme base de comparaison, le nombre de morts pour un million d'habitants, on peut noter que les Antilles et la Polynésie françaises présentent des chiffres très proches de ceux de la France métropolitaine, tandis que la Guyane, La Réunion et la Nouvelle-Calédonie présentent des chiffres deux fois moins importants en juin 2023 (Annexe 1). L'une des explications de la variabilité de ces situations tient aussi à la diversité des contextes de précarité et de vulnérabilité. Par exemple, dans le cas de Mayotte, on va retrouver des paramètres favorables à une propagation de l'épidémie avec une offre de soins limitée et insuffisante pour faire face à une épidémie qui progresse, une promiscuité inhérente à une forte densité moyenne de population, une très difficile, pour ne pas dire impossible, mise en œuvre du confinement pour des populations qui vivent dans de petits logements souvent surpeuplés, une économie informelle qui pousse la population à vivre dans et avec la rue, une fracture numérique et un taux très élevé d'analphabétisme et de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté (Taglioni, 2020).

Sur le terrain, la situation est par ailleurs assez contrastée, selon les pays, la nature et l'état des systèmes d'information sanitaires, la nature des régimes politiques et des politiques sanitaires qui y sont conduites. L'un des objectifs des travaux de recherche de l'OPPEE, créé en juillet 2020, au sein de l'Université de Bordeaux, était en particulier de solliciter les compétences de nos collègues de science politique et de droit pour mesurer au plus près ce que pouvaient représenter les incidences d'une telle pandémie dans différentes régions du monde, en plus de l'analyse du suivi des différentes mesures prises au niveau national, en France métropolitaine, dans les collectivités d'outre-mer et au niveau transfrontalier. On trouvera ainsi dans nos *Cahiers de l'OPPEE*, revue en ligne de l'observatoire, et dans un ouvrage collectif publié en février 2023 (Cherubini, 2023), des articles consacrés aux situations

de l'Afrique, de l'Europe de l'Ouest, de l'Est et du Moyen-Orient, de l'Amérique du Sud et de la Caraïbe (Brésil, Surinam, Guyanes) et pour ce qui concerne l'océan Indien, Madagascar et l'île de La Réunion.

Dans cette dernière zone, les situations sont assez contrastées, en particulier au niveau des soutiens qui ont été sollicités depuis le début de la pandémie. Le 20 mars 2020, un médecin généraliste de la ville du Port, régulatrice du SAMU, s'insurge : « Le 15 est totalement saturé ». On n'a pas un discours cohérent propre à rassurer les populations locales : « On a une doctrine d'État ». On attend la phase suivante comme en Métropole pour prendre de nouvelles mesures. « On attend des cas autochtones » pour enclencher les phases suivantes. La stratégie de l'ARS et de la préfecture ne semble pas prendre en compte les spécificités locales. Pour ce même médecin généraliste, l'insularité n'est pas abordée en des termes adéquats : ici « on est sur un paquebot », avec un personnel de santé pas du tout équipé, « on teste très peu », « on ne se protège pas », faute de masques. L'île Maurice semble avancer plus rapidement et plus efficacement, s'appuyant sur une autre doctrine que celle de l'État français pour la Métropole⁴.

Un nouveau rapport au corps et à l'Autre

À un autre niveau, la crise Covid nous a très fortement questionnés sur le vivre-ensemble, sur nos interactions quotidiennes dans l'espace public et dans l'espace privé. On peut citer ici deux exemples de recherches issues de ce contexte épidémique. Abordant la question du point de vue des sciences de la communication, Pascal Lardellier (2022) nous montre comment « la pandémie aura ouvert une crise de la distance [...] le virus a objectivement ouvert un nouvel ordre social. Faire confiance, c'est offrir sa vulnérabilité à autrui. On en est loin à l'ère de la distanciation généralisée » (p. 101). En interrogeant, à la suite de Goffman, le sens des interactions quotidiennes et les rites d'interaction, Pascal

⁴ Le matériel et les médicaments acheminés à l'île Maurice venaient de l'Inde, sur des vols affrétés par Air India. Après un pic atteint début avril, l'île Maurice avait déconfiné ses habitants au 15 juin 2020, puis a rouvert ses frontières de façon très progressive en septembre. Au 27 décembre 2020, Maurice n'avait enregistré que 527 cas de Covid-19, pour un total de 496 guérisons et 10 décès.

Lardellier (2022) nous invite à penser ce qu'implique une « société du sans-contact » où il convient de garder ses distances et de ne pas se toucher. Comment fonctionne cette « machinerie distanciatrice » et qu'implique cette « nouvelle norme sociale et morale », le distanciel qui s'est imposé dans le travail ? S'agit-il de mutations durables ou momentanées ? Comment trouver sa juste place en société sans être ni solitaire, ni envahissant ?

L'un des événements les plus remarquables dans le cas réunionnais a concerné les restrictions puis les interdictions d'accès au littoral et aux zones de pique-nique dans les Hauts au cours de plusieurs périodes de confinement et de couvre-feu. On connaît l'importance de l'appropriation des zones de pique-nique par les familles réunionnaises en fin de semaine et en période de vacances scolaires, durant les jours fériés et pour les fêtes familiales. Le mode de vie traditionnel, la convivialité, sont loin de faire bon ménage avec la promiscuité dans ce contexte épidémique. La consigne de ne pas dépasser la jauge de six personnes d'une même famille a été très mal vécue, même si tout le monde avait été averti que l'épidémie circulait à un niveau supérieur à celui de la Métropole⁵. La dimension religieuse des rassemblements se pose dans plusieurs cas. Par exemple, à la fin de l'année 2020, les rituels propres à la religion tamoule sont directement impactés par les mesures de distanciation sociale qui réduisent à six participants le nombre de croyants prêts à faire des marches sur le feu. C'est un non-sens pour les organisateurs d'un rituel qui mobilise pour les préparatifs et le rituel en lui-même des groupes pouvant varier de trente à cinquante personnes entre les croyants volontaires inscrits pour ces marches sur le feu et les membres les plus proches de ces familles. Toujours dans le domaine du religieux, en février 2021, on a signalé un cluster à Grand-Îlet, commune de Salazie, à la suite d'une veillée funèbre. Comment gérer, dans ce contexte de société créole dont on connaît les mécanismes de structuration, les règles de socialité et de sociabilité, ce qu'Annie Benveniste (2020) appelle des « normes de distanciation ? ».

Dans une approche qui rejoint le questionnement de Lardellier (2022), Anne Muxel (2021), sociologue spécialiste de l'interface entre sphère publique et sphère privée, nous propose une

⁵ Restriction fixée le 13 février 2022 après la levée de l'interdiction des pique-niques du 15 novembre au 13 février.

réflexion très argumentée sur les changements dans les vies familiales, sociales, professionnelles, de chacun d'entre nous, suite aux restrictions sanitaires, aux confinements et aux gestes barrières qui ont accompagné la pandémie de Covid-19, dans un épisode de plusieurs mois totalement inédit. Cette analyse basée sur des enquêtes met en particulier l'accent sur la mise à distance des aînés « pour les protéger » ou encore sur les couples « à l'épreuve du confinement », s'interroge sur les situations abusives dans les Ehpad et sur le risque d'isolement des jeunes. Notre intimité, nos manières de vivre et de travailler sont systématiquement passées en revue pour expliquer les mutations associées à cette pandémie.

La seule vie méritant d'être sauvée est-elle « biologique » ? s'interroge Mathieu Laine (2021 : 81) dans son essai intitulé *Infantilisation - Cet État nounou qui vous veut du bien*. Le « biopouvoir », comme l'écrivait Michel Foucault, aurait-il définitivement gagné ? Laisser les médecins du public, « obsédés par le primat de la vie », décider de tout, peut-il tétaniser nos actes et comment retrouver la liberté ?

La conscience d'appartenir à la communauté humaine

Les paralysies préoccupantes d'un interventionnisme excessif et déresponsabilisant nous obligent à voir plus loin que cette épidémie, à redevenir des citoyens, à nous orienter vers « un humanisme régénéré » et « une revitalisation éthique ». Par ces derniers mots, Edgar Morin (2020 : 120 et 130) nous invite à nous orienter vers une politique humanitaire à l'échelle de la planète.

Il convient par exemple de substituer une solidarité planétaire à une solidarité nationale, ce qui suppose plus de coopérations internationales entre médecins et biologistes, des réformes économiques, sociales, personnelles, éthiques. De son côté, Michel Agier nous invite, en reprenant un concept cher à Tzvetan Todorov (1995), à revoir quels sont les formes et le périmètre de « la vie commune ». Les fameux *clusters* de la pandémie ne font que nous donner une idée de la diversité réelle de la vie en relation dans le monde d'aujourd'hui, comme des liens plus ou moins « faibles » ou « forts » qui la constituent. Les tentations du repli sur soi en général ou plus spécifiquement derrière des frontières nationales nous obligent à prendre nos responsabilités face à la dimension objectivement planétaire du vivre-ensemble. Nous ne sommes pas ici totalement éloignés des objectifs de santé publique à l'échelle

mondiale qui posent au quotidien l'avenir de la santé de l'humanité. Les projets de prévention et d'éducation à la santé favorisent désormais une prise de conscience collective des enjeux de la « santé pour tous » et désormais aussi du « *One Health* ».

Dans les projets de promotion de la santé notamment, il s'agit principalement d'associer les gens aux actions qui les concernent directement ou indirectement et de faire en sorte que ce processus puisse requérir la participation effective et concrète de la communauté, donc un renforcement de l'action et de la participation communautaires, tout en sachant que le concept de communauté, tel qu'il est utilisé au niveau de l'OMS, désigne avant tout les « dynamiques locales et communautaires », la démarche en santé communautaire, sans pour autant donner une définition précise et définitive à ce concept de communauté. Cela signifie, en particulier, que la participation directe et active des populations aux programmes de prévention sanitaire qui les concernent devrait ainsi être privilégiée, en même temps que la consultation des groupes et des communautés dans le cadre plus vaste de l'expression de la démocratie sanitaire que le législateur a voulu faciliter. Il est bien évident que dans des sociétés pluriculturelles comme Maurice, La Réunion ou les Antilles françaises et la Guyane, les approches de type communautaire constituent un avantage non négligeable en matière d'actions de santé publique.

On notera cependant que l'état d'urgence sanitaire a relégué au second plan nombre d'acteurs qui intervenaient au quotidien dans ces dispositifs d'accompagnement des personnes en grande difficulté et qui œuvraient dans le champ de la prévention (éducation pour la santé, promotion de la santé), en se focalisant sur des territoires de proximité. Nous rentrons là très précisément dans le cadre des analyses qu'il convient désormais de développer à l'issue des mesures prises au niveau local, régional, national et international pour lutter contre la propagation d'un virus comme le SARS-CoV-2, auxquelles les contributions de cet ouvrage entendent bien participer. Que l'on mette le curseur sur les états de santé, sur les soins ou la prévention, sur le pluralisme culturel et la médecine traditionnelle (Burguet et Didier, Horri, Walzer), sur les inégalités sociales (Fianu), sur la précarité et les difficultés de la prise en charge professionnelle ou familiale (Albert, Malbert et Hoareau), sur les incidences sur la vie politique (Delahaye-Loutrel), sur la production artistique et culturelle (Lauret), sur les contextes juridiques (Lebon,

Kuhn) ou bien encore sur les perspectives de recherche (Lajoie, Cherubini), il reste bien évidemment d'importants chantiers à ouvrir (services de soins, services à la personne, École, etc.) à l'intérieur des différentes disciplines concernées ou dans l'interdisciplinarité. Nous avons dans ce but sollicité l'ajout d'un texte additionnel venant des STAPS (Sciences et techniques des activités physiques et sportives) qui permet de comprendre l'apport des activités sportives adaptées à la prévention et à l'accompagnement des personnes âgées en période épidémique et post-épidémique (Cazeneuve et Chouchou – Annexe 2). Cet ouvrage est par conséquent conçu pour donner un aperçu de quelques recherches achevées et parfois toujours en cours, afin de mieux comprendre ce qui s'est réellement passé durant ces trois années de gestion de la pandémie de Covid-19 et afin d'en tirer quelques leçons essentielles pour les années à venir.

Bibliographie

- ABENHAÏM L., *Canicules. La santé publique en question*, Paris, Fayard, 2003.
- AGIER M., *Vivre avec les épouvantails. Le monde, les corps, la peur*, Paris, Premier Parallèle, 2020.
- BARBIER Ch., *Les tyrannies de l'épidémie. Nos libertés sacrifiées*, Paris, A. Fayard – Pluriel, 2022.
- BENVENISTE A., « Des normes de distanciation », in M. Selim (dir.), *Anthropologie d'une pandémie*, Paris, L'Harmattan, 2020, p. 163-168.
- BERLIVET L., « Déchiffrer la maladie », in J.-P. Dozon et D. Fassin (dir.) *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, 2001, p. 75-102.
- CHERUBINI B. (dir.), *La Covid-19 et l'état d'urgence sanitaire (mars 2020-juillet 2022)*, Paris, LGDJ-Institut Louis Joinet (IFJD), 2023.
- GABORIAU P., GHASARIAN Ch., *Le virus, le pouvoir et le sens*, Paris, L'Harmattan, 2020.
- LAINÉ M., *Infantilisation - Cet État nounou qui vous veut du bien*, Paris, Les Presses de la Cité, 2021.
- LARDELLIER P., *La bonne distance ? Petite anthropologie d'une crise sanitaire*, Paris, MKF Éditions, 2022.
- LORIOU M., *L'impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, Éditions Érès, 2002.
- MORIN E., *Changeons de voie. Les leçons du coronavirus*, Paris, Denoël, 2020.
- MUXEL A., *L'Autre à distance. Quand une pandémie touche à l'intimité*, Paris, Odile Jacob, 2021.

TAGLIONI F., « La COVID-19 comme indicateur des spécificités sanitaires dans les Outre-mer français : le cas de Mayotte », *Carnet de recherches dans l'océan Indien*, n°5, 2020, p. 127-131.

TODOROV T., *La vie commune. Essai d'anthropologie générale*, Paris, Seuil, 1995.