

Stigmatisation et contagion pandémique

Hypothèses de travail

Pierre Anctil (Université d'Ottawa)

Avril 2020

- 1) La propagation d'un virus à transmission universelle rapide et à haut facteur de risque soulève des questions fondamentales relativement aux inégalités sociales déjà présentes au sein de la société. Clairement certaines couches plus vulnérables de la population peuvent subir plus intensément les conséquences de la pandémie.
- 2) L'événement a aussi des répercussions réelles plus prononcées sur certaines communautés culturelles ou religieuses plus à risque qui sont mesurables d'une manière objective. Des foyers plus sévères de contamination peuvent ainsi apparaître dans l'environnement qui offrent des risques de stigmatisation accrue tout en étant repérables scientifiquement.
- 3) Les mesures radicales de protection contre la propagation mises en place par les gouvernements, et les retombées économiques négatives qu'elles entraînent, peuvent alimenter les préjugés raciaux de certains segments de la population. Ces perceptions sont généralement imaginaires et ne correspondent pas aux données scientifiques disponibles. Elles sont néanmoins bien présentes au sein de la société et produisent des dommages sérieux au sein des espaces de solidarité sociale.
- 4) Les idéologies racisantes et suprémacistes font déjà appel à un vocabulaire pseudo-scientifique souvent emprunté à la médecine et à l'épidémiologie pour décrire le danger supposé que constituent les minorités visibles au sein d'une société donnée. Les événements liés à la propagation de virus mortels stimulent l'expression de préjugés basés sur la race et sur les notions biologisantes comme facteurs d'explication.
- 5) L'origine présumée d'un virus dans un tiers pays et sa diffusion à travers le monde peuvent aussi donner lieu à des commentaires racistes si l'événement est associé à une origine ethnique en particulier – la Chine par exemple – ou à une tradition religieuse non-chrétienne. Les personnes qui peuvent être perçues comme rattachées à cette origine du fait de leur apparence extérieure, ou de leur comportement, sont plus susceptibles de devenir des boucs émissaires clairement identifiés et de recevoir une partie du blâme pour les dommages économiques et sociaux causés par la pandémie.

Il est encore trop tôt pour obtenir des données concluantes, mais la carte des arrondissements à Montréal pointe en direction d'un double facteur de stigmatisation :

- Une concentration plus grande des retombées du virus dans des quartiers à forte population immigrante ou d'origine immigrante récente, notamment le long de la ligne de fracture nord-sud constituée par les quartiers Côte-des-Neiges et Parc-Extension (incluant La Salle). Ces

données doivent être modulées en fonction de la densité démographique très variable des différents arrondissements.

- Une concentration plus grande dans les quartiers ou arrondissements un peu plus à l'ouest où se trouvent des populations juives importantes (parmi les plus denses spatialement sur l'île de Montréal si l'on se fie aux données sur l'origine ethnique), particulièrement des populations ultra-orthodoxes et âgées. (Côte-Saint-Luc, Côte-des-Neiges, Hampstead et Outremont). Il est probable que la corrélation que l'on peut avancer entre l'identité juive et la propagation plus forte du virus s'applique aussi à d'autres populations ultra-orthodoxes de tradition musulmane, sikhe et bouddhiste sur le même territoire.
- Ces données relativement à une hausse dans la proportion de personnes atteintes pour certaines populations clairement identifiables dans l'environnement social, et avérées éventuellement sur le plan scientifique, pourraient contribuer à la propagation de préjugés antisémites ou antireligieux une fois qu'elles auront été perçues et identifiées comme telles. Ce serait d'autant plus dommageable que les personnes associées à ces communautés sont en général bien visibles dans les interactions sociales de proximité.
- L'histoire de l'antisémitisme met en lumière une longue série d'événements liés à la propagation de maladies contagieuses et où les Juifs figurent comme boucs émissaires, soit pour avoir sciemment contribué à répandre le mal, soit pour avoir offert des conditions propices à sa diffusion. Il ne faut donc pas se surprendre si certaines minorités font les frais de manière plus soutenue de préjugés en cas de pandémie ou de hausse de la mortalité, malgré les avancées des connaissances scientifiques et les mesures prises pour défendre les droits de la personne.
- Il n'est pas possible actuellement d'avancer les mêmes observations pour les populations d'origine asiatique à Montréal, en particulier pour les immigrants en provenance de la Chine continentale. Les données les plus récentes montrent que les personnes d'origine chinoise sont dans une situation de forte dispersion spatiale dans la région métropolitaine et peu susceptibles de former des foyers de contamination plus avérés du virus ou de transmission plus rapide. Malgré ces données scientifiques, contre toute logique, des préjugés anti-asiatiques sont fortement susceptibles d'apparaître dans la situation présente. Dans ce cas il y a au premier abord un fort risque que les Asiatiques à Montréal deviennent identifiés à la pandémie et qu'ils deviennent ciblés dans l'opinion publique comme boucs émissaires du mal.
- La même remarque vaut pour les populations d'origine antillaise noire ou africaine à Montréal, mais à l'inverse. Comme le continent africain est peu touché par la pandémie mondiale pour le moment, et que les immigrants de cette région du monde sont peu nombreux au Québec, il est possible qu'ils ne se trouvent pas en première ligne dans la recherche d'un bouc émissaire. Par contre, certaines populations noires antillaises pourraient être plus à risque du fait des conditions de défavorisation socio-économiques dans lesquelles elles vivent sur l'île de Montréal.

Concernant les populations juives de Montréal et ailleurs dans le monde – en particulier en Israël où il existe d’importantes communautés ultra-orthodoxes à très forte densité démographique et spatiale – il est possible d’avancer certaines hypothèses relativement au taux de prévalence plus élevé de la maladie les concernant. Ces facteurs aggravants valent pour d’autres populations fondamentalistes sur le plan religieux à Montréal soumises aux mêmes paramètres socio-économiques et culturels.

- Les communautés harédies (ultra-orthodoxes juives) ont mis plus de temps à réagir – et donc à se prémunir – car elles n’ont pas été informées suffisamment rapidement par leurs propres leaders religieux des risques encourus et qu’elles n’ont pas modifié immédiatement leurs comportements grégaires. Cela tient à la méconnaissance des langues officielles au sein de ces populations (l’hébreu en Israël; le français et l’anglais au Québec) et à leur méfiance face aux informations qui proviennent de l’extérieur (gouvernements, médias et données scientifiques). En Israël, dans la municipalité de Bnei Brak, composée fortement de populations ultra-orthodoxes, la prévalence du virus est cinq fois plus élevée que dans le reste du pays, au point où tout le secteur a été mis en quarantaine. Divers incidents d’intervention policière ont aussi été rapportés le quartier Mea Shearim de Jérusalem pour non-respect des consignes de distanciation sociale dues à la pratique de la prière et à l’étude des textes saints. Concernant Israël, on ne peut imputer ces interventions à de l’antisémitisme classique puisque la majorité de la population dans ce pays est d’origine juive.

Les facteurs aggravants pour les populations harédies de Montréal, en plus de l’isolement linguistique et social, sont :

- Plus fortes occurrences de rencontres entre personnes dans des lieux de prière et centres d’études talmudiques – soit des espaces où se rendent quotidiennement tous les hommes d’une communauté harédie donnée. Il en va de même des fêtes religieuses, mariages, funérailles et des autres rituels religieux qui sont des occasions de rencontres engageant de grands nombres de personnes en situation de forte proximité physique.
- Structures familiales très étendues et multigénérationnelles qui regroupent une moyenne plus élevée de personnes par foyer. La taille des ménages (households) au sein des groupes ultra-orthodoxes de Montréal est trois fois plus élevée qu’au sein de la population en général. L’introduction du virus dans ce type de communauté peut avoir des effets négatifs beaucoup plus rapidement qu’au sein de la population en général.
- Forte mobilité géographique entre les communautés harédies de la région de New York et celles de Montréal, en particulier lors de fêtes religieuses. La fête de Pourim, très célébrée traditionnellement sur le plan social, avait lieu cette année les 9 et 10 mars, soit juste avant l’annonce du confinement. Ces comportements peuvent expliquer l’apparition d’un foyer d’infection important au sein de la communauté Tosh à Boisbriand, en banlieue de Montréal, au point où les autorités ont décidé de confiner toute cette population à la fin de mars.

- Dans le cas de la communauté juive de Montréal en général, l'âge plus élevé de ces populations par rapport à la moyenne nationale a aussi pu jouer un rôle dans la diffusion plus prononcée de la pandémie dans des quartiers à forte densité juive comme il en existe dans la municipalité de Côte-Saint-Luc. Les écarts entre Juifs en général et Canadiens sont assez prononcés pour ce qui est de la pyramide des âges, assez pour produire un taux de mortalité plus élevé en moyenne.

Dernier élément enfin, les populations noires et hispaniques américaines semblent également plus touchées par la pandémie pour des raisons socio-économiques – elles-mêmes découlant de formes très ancrées historiquement de racisme et de discrimination systémique. Les données en provenance des États-Unis – pas toujours disponibles par catégories « raciales » – pointent fortement en cette direction. D'ailleurs la différence entre le taux de mortalité américain et canadien – 16,650 morts aux USA au 10 avril contre 510 au Canada semble confirmer cette hypothèse. Malgré un niveau de vie globalement assez comparable, il y a trois fois plus de victimes proportionnellement aux USA par rapport au Canada. Cet écart assez imposant tient probablement à l'absence de filet social et de soins de santé assurés dans la république américaine au sein de certaines couches sociales, rendues de ce fait plus vulnérables à la maladie. L'écart beaucoup plus grand entre les classes sociales les plus fortunées et les plus pauvres aux USA, par rapport au Canada, pourrait aussi en bonne partie servir à expliquer la différence observée dans la morbidité entre les deux pays.