

Global Africa N° 2, 2022

© Université Gaston Berger, Saint-Louis, Sénégal

DOI : <https://doi.org/10.57832/sqpy-np94>

La pandémie : un moment de vérité pour le monde

Didier Fassin, Professeur au Collège de France, chaire Questions morales et enjeux politiques dans les sociétés contemporaines / Professeur à l'Institute for Advanced Study de Princeton / Directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales.

Collège de France, 3 rue d'Ulm, 75005 Paris

didier.fassin@college-de-france.fr



La pandémie de Covid-19 n'a pas seulement été un phénomène épidémiologique d'ampleur considérable à travers la planète. Elle n'a pas été uniquement un fait social global marqué par des suspensions temporaires d'activités humaines et de libertés fondamentales. Elle a aussi été un moment de vérité pour le monde (Fassin, 2021). Ce moment de vérité s'est manifesté d'au moins deux façons, qui prennent un sens particulier pour le continent africain.

Premièrement, il y a eu la focalisation de toute l'attention médiatique et même, plus largement, de toute l'attention mentale du public sur un seul phénomène : l'expansion de la maladie, avec la comptabilité de ses nouveaux cas, de ses patients hospitalisés en soins intensifs, et de ses décès, ou du moins d'une partie d'entre eux, puisque que les personnes âgées en institution ont initialement été oubliées et leurs morts occultées. La société vivait au rythme des chiffres, des graphiques, des projections, qui ne servaient pas seulement à décrire l'évolution du fléau, mais aussi à prescrire les réponses, comme si la science pouvait déterminer la politique, alors même que les prédictions statistiques variaient manifestement d'un institut de recherche à un autre : en fait, c'était souvent la politique qui choisissait la science qui lui convenait. Le public s'étonnait du ton martial de certains chefs d'État, s'inquiétait des annonces gouvernementales, s'indignait des restrictions à son droit de circuler, s'enthousiasmait du dévouement des professionnels de santé. Les médias multipliaient les reportages dans les services de réanimation des hôpitaux, les journalistes racontaient des drames familiaux les larmes aux yeux, les gens confiaient à la radio, à la télévision ou sur les réseaux sociaux leur expérience du confinement. Il n'était guère question que de soi, un soi national ou un soi individuel. La pandémie avait absorbé presque entièrement l'économie de l'attention.

Ce phénomène n'était toutefois pas uniforme. Il était à la fois exclusif et sélectif. Il était exclusif, au sens où il reléguait au second plan tous les autres problèmes du monde. Des bombardements massifs par les avions russes des villes opposées au régime de Bachar el-Assad, des conséquences tragiques de la guerre menée par l'Arabie saoudite au Yémen, de la progression des talibans en Afghanistan à mesure du retrait des troupes états-uniennes, de la détresse des Rohingyas au Bangladesh, de l'insécurité chronique en Haïti, de la famine au Sud-Soudan, des exilés africains se noyant dans la Méditerranée, il n'était plus question. Du continent africain, on ne voulait plus rien savoir du paludisme ou de la tuberculose. Mais l'attraction exercée par la pandémie était aussi sélective, au sens où l'intérêt des médias et la fascination du public concernaient avant tout les pays occidentaux, ainsi que quelques grandes nations au premier rang desquelles la Chine avec sa politique draconienne de confinement radical de régions entières. On n'entendait guère parler de l'Afrique dans les organes de presse internationaux, sauf pour, dans un premier temps, prédire une catastrophe au regard de l'impéritie des autorités et de l'indiscipline

de la population, puis, dans un second temps, chercher les explications de la non-survenue du désastre annoncé. Entre ignorance et méconnaissance, le fléau, dont on ne savait guère s'il avait épargné le continent ou si sa gravité avait été sous-estimée, s'inscrivait dans la longue histoire des représentations de la santé publique en Afrique.

Deuxièmement, il y a eu la justification de la réponse à la pandémie qui n'a probablement pas de précédent à l'échelle de la planète : interrompre les activités économiques, interdire les rassemblements et les déplacements, et priver les citoyens de leurs droits élémentaires, y compris celui de visiter leurs malades et d'honorer leurs morts, tout ce bouleversement de la société n'avait qu'une raison d'être : protéger les populations et sauver des vies. Si c'est bien sûr la mission qu'on attend de la santé publique, c'était probablement la première fois qu'elle se trouvait prévaloir sur toutes les autres réalités. Dans un monde où le capitalisme et le néolibéralisme étaient triomphants, on arrêtaient pourtant la machine productive et on valorisait même les biens publics. Du moins le faisait-on grâce à de massifs apports financiers pour soutenir les entreprises en difficulté et limiter les conséquences sur l'emploi dans les pays disposant des moyens de le faire, même dans ceux qui, tels les États-Unis, avaient jusqu'alors défendu les lois du marché et dénoncé les interventions de l'État. La vie était devenue une valeur suprême, celle pour laquelle on était prêt à sacrifier aussi bien les principes de la liberté économique que ceux du libéralisme politique. La pandémie marquait l'avènement de la biolégitimité, c'est-à-dire de la reconnaissance de la vie comme bien le plus précieux. On mesure la révolution morale qui était à l'œuvre quand on pense à la manière dont, il n'y a pas si longtemps, dans les deux guerres mondiales, on envoyait des millions de soldats au combat et on n'hésitait pas à exposer au danger les civils de son propre pays. Encore s'agissait-il désormais de protéger les siens en fermant les yeux sur les morts provoquées chez l'ennemi en Afghanistan comme en Irak. Cependant, même face à la pandémie, l'avènement de la biolégitimité avait ses limites.

La révolution morale qui faisait de la vie un bien suprême justifiant les mesures les plus radicales avait en effet deux sérieux revers. Premier revers : elle était marquée par de profondes disparités. S'il est un fait que la pandémie a révélé pour une grande partie de la population, ce sont les inégalités devant la maladie, la médecine et la mort. Certes, elles lui préexistaient : en France, les 5 % les plus modestes vivaient en moyenne 13 ans de moins que les 5 % les plus riches, et aux États-Unis, entre les hommes noirs ayant interrompu leur scolarité et les hommes blancs ayant un diplôme universitaire, l'écart d'espérance de vie à la naissance était de 15 ans. Personne ne semblait pourtant s'intéresser à ce qui aurait dû conduire à des réponses politiques majeures. Mais en raison de l'attention dont a bénéficié la pandémie, l'évidence des inégalités est devenue éclatante. En France, la mortalité dans les villes pauvres était jusqu'à trois fois supérieure à la moyenne nationale, et aux États-Unis, le taux de décès

des personnes noires ou amérindiennes était le triple de celui des personnes blanches. Autrement dit, ces inégalités ont une double composante : socio-économique et ethn raciale. Comme une série d'enquêtes le montraient, ces disparités s'exprimaient dans la prévalence des facteurs de risque, dans le recours à la médecine, dans la qualité des soins, et *in fine*, dans la probabilité de mourir. Second revers : la solidarité internationale a très souvent été prise en défaut. Les frontières se sont fermées, les aides se sont raréfiées, les rivalités se sont intensifiées. Le gouvernement états-unien a annoncé qu'il se donnerait à lui-même la priorité dans la distribution des vaccins puisque sa contribution à la recherche avait été la plus importante. Les États de ce pays se sont livrés à une concurrence farouche dans l'accès aux ventilateurs pour leurs services de réanimation. On pourrait multiplier les exemples de ce défaut de solidarité. L'Union européenne a cependant fait exception dans la mesure où des transferts de malades en situation critique ont pu se faire entre les pays et les commandes de vaccins ont été groupées avec une redistribution en fonction de la démographie de chacun. Mais c'est l'Afrique qui a été la principale victime de ces égoïsmes nationaux. En septembre 2001, un an et demi après le début de la pandémie et neuf mois après le début des immunisations, le continent n'avait reçu que 2 % des 6 milliards de doses distribuées dans le monde, alors qu'il compte 18 % de la population mondiale.

Deux faits majeurs, donc : la concentration de l'attention autour de la pandémie, mais sur un mode exclusif et sélectif ; la reconnaissance de la valeur supérieure de la vie humaine, mais avec de profondes inégalités et de graves déficits de solidarité. Ces deux faits ont particulièrement touché l'Afrique. Pourtant, le continent a semblé moins affecté qu'on aurait pu l'imaginer. Il existe certes une sous-déclaration des décès et plus encore des infections, laquelle varie cependant beaucoup selon les pays. Un modèle mathématique réalisé par une équipe du bureau africain de l'Organisation mondiale de la santé établit qu'en 2020 et 2021, le nombre de cas dans 47 pays du continent aurait été de 505 millions, dont seulement 1,4 % avait effectivement été notifié, avec un nombre de décès s'élevant à 440 000, dont 35,3 % notifiés (Cabore *et al.*, 2002). Le taux de létalité serait, selon cette étude, de 0,87 ‰. Par comparaison, selon les données de l'université Johns Hopkins, ce taux est de 11 ‰ aux États-Unis, soit près de 13 fois plus. On a parfois critiqué ces chiffres en les considérant eux aussi sous-estimés. En utilisant une méthode plus directe, qui consiste à calculer l'excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue au regard des années précédentes, excès qu'on attribue à la pandémie, une autre équipe met en évidence sur 117 pays une surmortalité de 101 pour 100 000 en Afrique subsaharienne, soit significativement moins que les 140 de l'Europe de l'ouest, les 167 de l'Amérique du Nord et les 345 de l'Europe de l'Est, pour se limiter à ces trois régions du monde très contrastées (Covid-19 Excess Mortality Collaborators, 2022). Mais, fait remarquable, il existe une très grande disparité au niveau du continent, avec des extrêmes de 53 pour 100 000 en Afrique de l'Ouest contre 308 en Afrique australe, soit près de 6 fois plus. En somme,

le continent, dans son ensemble, semble bien être moins affecté que tous les autres, à l'exception de l'Océanie, mais on ne peut généraliser le constat à tous les pays, et il faut certainement se montrer beaucoup plus spécifique dans les commentaires qu'on peut faire sur la situation épidémiologique, pays par pays, ou tout au moins sous-région par sous-région. Pour rendre compte du choc épidémiologique relativement moindre en Afrique – à l'exception, il faut y insister, de sa partie australe – et ce, alors même que les mesures de prévention paraissent plus difficiles à mettre en œuvre, que le système de santé était moins adapté aux nécessités de la réanimation et que les vaccins n'étaient pratiquement pas disponibles, on a beaucoup, et certainement à juste titre, insisté sur la jeunesse de la population du continent : la létalité de l'infection est en effet chez les 18-29 ans 60 fois plus faible que chez les 65-74 ans et 140 fois plus faible que chez les 75-84 ans.

D'autres éléments ont pu jouer, mais il faut bien reconnaître que subsiste une part significative d'incertitude. Mais, à l'inverse, on ne peut sous-estimer les conséquences négatives de l'application de mesures contraignantes trop vite adoptées par reproduction des recettes utilisées dans les nations industrialisées. Cependant, alors que dans ces derniers, les conséquences du confinement et de l'inactivité pouvaient être partiellement compensées par des interventions financières de l'État au prix d'une aggravation de la dette publique, une telle réponse était impossible dans des pays déjà lourdement endettés pour lesquels les organismes internationaux et les pays riches se montraient peu enclins à des allègements de dettes. Pour les populations, la pandémie est alors devenue une double peine : d'un côté, le risque de la maladie sans les ressources sanitaires nécessaires, et de l'autre, la perte de revenus par impossibilité d'exercice des petits métiers. Dans certains cas, les protestations sont venues révéler les formes de survie auxquels beaucoup se trouvaient réduits.

Rendre compte de ce qui s'est joué et se joue encore en Afrique autour de la pandémie de Covid-19, c'est ce à quoi se sont attelés les autrices et les auteurs de ce numéro de *Global Africa* à travers des articles scientifiques, des entretiens avec des personnalités éminentes, et même des performances artistiques. S'il n'était nullement question pour eux d'être exhaustifs, leurs contributions à ce dossier, qui nous transportent de Côte d'Ivoire au Burkina Faso, de Guinée Conakry au Congo Kinshasa, et du Sénégal en Tunisie, nous éclairent sur le rôle du climat dans la pandémie et le regard des commerçants sur les marchés, les aléas de la prévention et les échecs de la gouvernance, les itérations historiques de l'hygiénisme et le futur inquiétant de l'anthropocène. L'introduction fournit un cadre théorique remarquable à l'ensemble. Un puzzle se dessine ainsi, qui rendra ce dossier incontournable pour qui s'attache à comprendre les multiples dimensions de la pandémie de Covid-19 sur le sol africain.

Références bibliographiques

- Cabore, J. W. *et al.*, 2022, Covid-19 in the 47 countries of the WHO African region: a modelling analysis of past trends and future patterns, *The Lancet Global Health*, pp. 1099-114. 10.1016/S2214-109X(22)00233-9.
- Covid-19 Excess Mortality Collaborators, 2022, Estimating excess mortality due to the Covid-19 pandemic: a systematic analysis of Covid-19-related mortality, 2020-21, *The Lancet*, 399, pp. 1513-1536. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3).
- Fassin, D., 2021, *Les mondes de la santé publique. Excursions anthropologiques*. Cours au Collège de France 2020-2021, Paris, Seuil.