



HAL
open science

Ignorance et santé globale: Stratégies et acteurs de la réponse à la Covid-19 dans des pays dits des Suds

Marine Al Dahdah, Jean-Benoit Falisse, Grégoire Lurton

► To cite this version:

Marine Al Dahdah, Jean-Benoit Falisse, Grégoire Lurton. Ignorance et santé globale: Stratégies et acteurs de la réponse à la Covid-19 dans des pays dits des Suds. *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, A paraître. hal-03340230

HAL Id: hal-03340230

<https://hal.science/hal-03340230v1>

Submitted on 13 Sep 2021

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

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

Ignorance et santé globale

Stratégies et acteurs de la réponse à la Covid-19 dans des pays dits des Suds

Marine Al Dahdah

Marine Al Dahdah est sociologue et chargée de recherche au CNRS au Centre d'étude des mouvements sociaux. Ses recherches portent sur les politiques de santé en Asie et en Afrique et notamment sur les technologies numériques appliquées à la santé, en Inde, au Ghana et au Kenya. <http://cems.ehess.fr/index.php?4479>

ORCID:<https://orcid.org/0000-0001-7300-9733>

Adresse : EHESS, 54 Bd Raspail 75006 Paris (France).
Courriel : marine.aldahdah[at]ehess.fr

Jean-Benoît Falisse

Jean-Benoît Falisse est maître de conférence (lecturer) au Centre d'études Africaines de l'université d'Edimbourg. Ses recherches portent la gouvernance des services sociaux de base (santé, éducation, justice) dans les contextes dits fragiles. <https://www.sps.ed.ac.uk/staff/jean-benoit-falisse>

ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-0291-731X>

Adresse : School of Social and Political Science, 15a George Square, Edinburgh EH8 9LD, Grande Bretagne.
Courriel : jb.falisse[at]ed.ac.uk

Grégoire Lurton

Grégoire Lurton est en charge du département Data Science à Bluesquare. Il participe actuellement au renforcement des systèmes de surveillance épidémiologique et le suivi des politiques sanitaires en RDC, au Burkina Faso, au Cameroun, au Niger, au Mali, en Côte d'Ivoire et au Kenya. <https://bluesquarehub.com/about-us/team/gregoire-lurton-health-metrics-specialist/>

ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-3714-6893>

Adresse : Bluesquare, Rue des Francs 79, 1040 Bruxelles, Belgique
Courriel : glurton[at]bluesquarehub.com

fr

La pandémie de Covid-19 constitue un prisme inédit pour l'étude de la production de connaissances face à une maladie globale « inconnue mais connaissable », en particulier dans les contextes d'intervention privilégiés de la « santé globale », les pays dits « des Suds ». Cet article se concentre sur les réponses de quinze pays africains et asiatiques (en portant une attention particulière à l'Inde et à la RDC). Ces réponses rentrent dans trois grandes catégories qui sont, chacune à leur façon,

productrices d'ignorance : le déni de l'existence du virus, la reproduction de mesures étrangères ou historiques, et le « recyclage » d'expériences locales. Nous documentons également les acteurs et les outils précis qui contribuent à la production d'ignorance sur la Covid-19, notamment la construction et la mobilisation des données de santé et les « Covid-19 taskforces », ces groupes d'urgence qui constituent l'instance de diffusion des connaissances et/ou de production de l'ignorance sur la pandémie.

Ignorance, science non faite, diversité cognitive, épidémiologie, santé publique, santé globale, Covid-19, Suds, Inde, RDC

Ignorance and Global Health. Strategies and actors of the Covid-19 response in so-called developing countries

The Covid-19 pandemic provides a novel opportunity to study the production of knowledge in the face of an 'unknown but knowable' global disease, particularly in the settings favored by 'global health' interventions: the so-called developing countries. This article focuses on the responses of fifteen African and Asian countries (with particular attention to India and the DRC). These responses fall into three broad categories, which in its own way produces ignorance: denial of the existence of the virus, replication of foreign or historical measures, and 'recycling' of local experiences. We also document the specific actors and tools that contribute to the production of ignorance about Covid-19, notably the construction and mobilisation of health data and the 'Covid-19 taskforces', the emergency groups that constitute the forum for disseminating knowledge and/or producing ignorance about the pandemic.

Ignorance, undone science, cognitive diversity, epidemiology, public health, global health, Covid-19, Global South, India, DRC

Ignorancia y salud mundial. Estrategias y actores de la respuesta ante el Covid-19 en los llamados países del Sur Global

La pandemia del Covid-19 proporciona un lente novedoso a través del cual estudiar la producción de conocimiento ante una enfermedad "desconocida pero conocible", particularmente en los contextos predilectos de intervención de la "salud global": los llamados países del Sur Global. Este artículo se enfoca en las respuestas de quince países africanos y asiáticos (con especial atención a India y la RDC). Estas respuestas se dividen en tres categorías amplias, cada una de las cuales produce, a su manera, ignorancia: negación de la existencia del virus, reproducción de medidas extranjeras o históricas, y "reciclaje" de experiencias locales. También documentamos a los actores y las herramientas específicas que contribuyen a la producción de ignorancia sobre el Covid-19, en particular la construcción y movilización de datos de salud y los "task force del Covid-19", los grupos de emergencia

que constituyen el foro de difusión de conocimiento y/o de producción de ignorancia sobre la pandemia.

Ignorancia, ciencia no hecha, diversidad cognitiva, epidemiología, salud pública, salud global, Covid-19, Sur Global, India, RDC

01 décembre 2021

La pandémie de Covid-19 constitue un prisme inédit pour l'étude de la production de connaissances face à une maladie globale nouvelle, en particulier dans les contextes d'intervention privilégiés de la santé globale que sont les pays dits des « Suds », régulièrement considérés comme dépendants des « Nord » et sous-préparés aux urgences sanitaires. La « santé globale » renvoie au régime d'intervention sanitaire qui a succédé à celui de la « santé publique internationale » développé à partir de 1940 et centré sur les programmes d'éradication des maladies reposant sur les États-nations et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le régime de la santé globale est, lui, caractérisé par la place importante accordée au marché comme principe de régulation, les partenariats public-privé comme mode d'intervention, et la gestion des risques et le contrôle des maladies chroniques comme objectifs principaux. Il rassemble une communauté d'acteurs qui développent, analysent, comparent et recommandent des stratégies de gestion des questions sanitaires, en particulier pour les pays dits en développement, et ce depuis trois décennies (Gaudillière *et al.*, 2020). Ses liens particuliers à la production des savoirs, à la preuve d'efficacité des décisions (*evidence-based*) et à l'évaluation des coûts-bénéfices ont déjà été mis en avant par plusieurs auteurs (Adams et Biehl, 2016). Ces approches prolongent et renforcent un rapport particulier à la production de connaissances scientifiques, privilégiant certains thèmes et angles d'analyse au détriment d'autres, maintenant des asymétries dans la distribution des connaissances et imposant des cadres spécifiques de pensée de l'incertitude des questions sanitaires dans les pays où elle se déploie. La crise globale de la Covid-19 apporte un nouvel éclairage sur les contours de la production des connaissances et sur les rapports à l'ignorance dans le champ de la santé globale.

L'article explore la façon dont la lutte contre la Covid-19 dans différents pays africains et asiatiques, entre mars et septembre 2020¹, s'appuie sur des outils, des connaissances et des cadres d'intervention particuliers. Il analyse en outre la production d'ignorance comme de connaissances associées à cette riposte. Dans les pays que nous étudions², la « réponse » ou la

¹ Cet article a été rédigé fin 2020, il ne peut donc tenir compte des événements et évolutions de l'année 2021.

² Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, République du Congo, RDC, Égypte, Éthiopie, Gabon, Inde, Kenya, Malawi, Maurice, Soudan du Sud, Soudan, Ouganda, Afrique du Sud

« riposte » à la pandémie –pour utiliser les termes qui se retrouvent dans les documents officiels et qui regroupent l’ensemble des mesures mises en place contre la Covid-19– se fait dans un cadre de gouvernance et d’action qui n’est pas tout à fait, voire pas du tout, celui habituellement pensé par les acteurs qui participent au régime de la santé globale et structurent son existence. La notion même de « santé globale » se trouve fortement remise en question par la pandémie. De façon très générale, la réponse publique à la pandémie est caractérisée par une approche nationale, voire nationaliste³, presque toujours pilotée du plus haut sommet de l’État et matérialisée par des groupes d’urgence exclusifs (les Covid-19 « taskforces »). Elle se manifeste sous différentes formes qui entretiennent chacune un rapport spécifique à la production (ou non) de connaissances. Les « Suds », champs privilégiés des expérimentations de la santé globale, n’apparaissent pas nécessairement très différents des « Nord » dans les réponses apportées initialement à la pandémie, mettant par là-même à mal les présupposés sur les éléments propres à générer des réponses adaptées à des crises sanitaires, et remettant plus largement en cause une économie globale de la production de connaissance et de l’expertise essentiellement dirigée depuis les « Nord ».

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19 où la mobilité des chercheurs et la disponibilité des décideurs sont extrêmement limitées, nous avons mobilisé trois approches méthodologiques. Premièrement, nous avons analysé des documents et déclarations des acteurs des ripostes à la Covid-19 (documents techniques, communiqués de presse, comptes officiels sur les médias sociaux, sites gouvernementaux, intergouvernementaux, et de la société civile). Deuxièmement, nous nous sommes appuyés sur un réseau d’informateurs disposant d’accès aux sphères de la décision publique et qui a alimenté le projet *Covid-19 Governance Mapping Initiative* de l’Université d’Édimbourg⁴, dont les données sont publiques. Des données concernant quatorze pays avec des systèmes, politiques et de santé, différents ont ainsi été exploitées dans notre article. Troisièmement, nous nous appuyons sur les projets, les expériences de terrain et les collaborations fortes des auteurs qui ont continué à travailler et à enquêter sur la crise pendant toute cette période.

Nous mobilisons de nombreux exemples mais la République Démocratique du Congo (RDC) et l’Inde nous serviront d’illustrations principales pour comprendre la gouvernance de la pandémie et les différentes stratégies et mesures de réponse au risque sanitaire. Notre analyse les regroupe en trois grands types de réponse - le déni de l’épidémie, la reproduction de réponses étrangères ou passées et le « recyclage » d’expériences épidémiques - qui illustrent toutes un rapport particulier à l’ignorance. La dernière partie analyse les acteurs et les outils

³ A ce titre, le défaut de solidarité et le désintérêt quasi complet des pays riches pour rendre disponible la vaccination dans les pays « du sud » est un des symptômes les plus aigus de la crise dans laquelle la COVID-19 a plongé la communauté de la « santé globale ». <<https://aoc.media/opinion/2021/03/08/vaccins-le-grand-emparement/>> Consulté le 08 mars 2021.

⁴ <<http://www.covid19-governance.sps.ed.ac.uk/>> Consulté le 28 novembre 2020.

précis qui contribuent à la production d'ignorance sur la Covid-19 dans nos pays d'étude : en particulier les groupes techniques d'urgence (« taskforce »), qui constituent l'instance de centralisation des données, de production d'une expertise d'urgence pour l'action sur la pandémie, et viennent souvent court-circuiter les institutions démocratiques et technocratiques déjà en place. Nous analysons également dans cette partie l'outil privilégié des taskforces, les données épidémiologiques, en tant qu'objet spécifique de production et de diffusion de la connaissance dans le champ sanitaire. En considérant leur mode de collecte et d'analyse ainsi que leur utilisation tout au long de l'épidémie de COVID-19, nous analysons la façon dont elles ont pu constituer des sources de production de l'ignorance. Cet article propose donc de clarifier les dynamiques complexes qui lient ignorance, savoir, et incertitude dans le cadre de la gestion de la pandémie dans différents pays asiatiques et africains.

L'ignorance en santé globale

Cette première partie se penche sur l'idée d'ignorance en santé globale en utilisant différentes approches conceptuelles. Dans un premier temps nous abordons la notion de science non-faite (*undone science*), qui nécessite de revenir brièvement sur des aspects historiques de la santé globale, puis, dans une moindre mesure, nous mobilisons le concept d'ignorance stratégique. Dans un second temps nous nous saisissons d'une approche propre au monde de la santé globale, celle de la « maladie X ». Nous souhaitons ainsi comprendre le poids de la santé globale dans la production et la conceptualisation de l'ignorance en santé (Gross et McGoey, 2015).

La « santé globale », objet en constante évolution, renvoie à un cadre intellectuel et politique qui intègre les transformations de la santé publique internationale de ces 20 dernières années. Il s'agit particulièrement de l'accentuation du caractère globalisé, sécurisé et marchandisé de la santé (Macfarlane *et al.*, 2008), de la reconfiguration des flux de personnes, de biens, de savoirs, de techniques, et de modèles d'organisation sanitaire (Falisse, 2019 ; Petryna, 2009), et de la déterritorialisation de programmes de santé publique qui s'émancipent des États-Nations (Atlani-Duault et Vidal, 2013). Comme l'explique Mark Nichter, la santé devient globale « quand les problèmes de santé transcendent les frontières nationales, peuvent être influencés par les circonstances ou les expériences d'autres pays, et appellent des réponses collectives » (Nichter, 2008, p. 156).

Les idées de « sécurité sanitaire » et de « biosécurité » sont centrales en santé globale (Lakoff et Collier, 2008), elles répondent aux risques posés par les circulations de la globalisation et se fixent souvent sur des infections particulières - SRAS, Grippe aviaire, VIH - ou plus généralement sur la santé animale (Fortané et Keck, 2015 ; Nguyen, 2009). Les réponses à ces menaces mondiales sont typiquement organisées autour de programmes verticaux, c'est à dire centrés sur des pathologies infectieuses spécifiques (Kerouedan, 2013). Une priorisation de fait est opérée, certaines pathologies recevant l'attention et le financement d'organisations aux moyens importants, et dont le nombre s'est multiplié depuis les années 1990, tels que le

Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Fondation Bill et Melinda Gates, ou l'alliance GAVI pour la vaccination (Sridhar, 2012).

Une autre caractéristique de la santé globale est la place importante, et croissante, d'acteurs privés qui bousculent la gouvernance de la santé à l'échelle mondiale et l'économie de la connaissance. Il s'agit de partenariats public-privés, aujourd'hui normalisés au sein des agences internationales de santé, mais aussi d'initiatives « globales » de financements privés portées par de nouveaux philanthropes, comme la fondation Gates, et des capitalistes « responsables » qui influencent par ces investissements les orientations mondiales de la santé publique (Guilbaud, 2015).

Ces trois mouvements concomitants –globalisation, sécurisation et privatisation– s'inscrivent tous dans une approche de la santé basée sur l'efficacité et la rentabilité. Le passage de la santé internationale vers la santé globale renvoie aussi, nécessairement, à des transformations organisationnelles, économiques, politiques et épistémologiques de gouvernance de la santé mondiale.

Ignorance stratégique et undone Science : production des savoirs en santé dans les Suds

Si Frickel et Edwards relient les systèmes de production de l'ignorance avec les processus de production des connaissances (Frickel et Edwards, 2014), il est indispensable de se pencher dans un premier temps sur la production des savoirs en santé dans les Suds et de se rappeler que cette entreprise scientifique est façonnée par un passé complexe et hétérogène, qui était déjà globalisé avant que n'émerge le concept de santé globale dans son acception actuelle. A bien des égards, la santé globale n'est qu'une nouvelle mutation d'un objet précédemment appelé « santé internationale », et avant cela, « médecine tropicale » ou « médecine coloniale ». En cela, elle est l'héritière d'une certaine science coloniale, abondamment décrite comme l'un des outils les plus efficaces de domination et de contrainte sociale, politique, et épistémologique (Drayton, 2005). La médecine publique coloniale définit très clairement quels savoirs sont valides et définit le colonisé comme celui qui est ignorant, y compris de ses propres maladies. Cette filiation est importante pour saisir les enjeux contemporains. La fondation asymétrique de la santé publique internationale permet de mieux comprendre l'enjeu conceptuel du débat actuel sur la décolonisation de la santé globale. En effet, les connaissances en santé dans les pays dits « en développement » sont souvent construites à distance et par imitation, sans nécessairement faire beaucoup de place aux réalités locales ni aux chercheurs locaux (Abimbola et Pai, 2020). Ce biais dans la production de connaissance sur les pays ciblés par la santé globale est renforcé par ce que X Abimbola (2019) appelle le « regard étranger » (*foreign gaze*) et la dépendance du secteur de la recherche scientifique des pays des Suds à des ressources extérieures qui ont un poids fondamental sur le choix des sujets et des méthodes de recherche. Les tensions générées par cette dépendance constituent

un thème émergent des études sociales des sciences et des techniques (STS) dans le domaine de la santé notamment en Afrique (Geissler, 2013). Ces études démontrent une instrumentalisation et des asymétries complexes, qui vont au-delà d'une relation de subordination des chercheurs africains à leur collègues étrangers.

L'entrée de la santé globale, à la suite d'autres champs associés, dans un âge computationnel, n'a fait qu'aggraver cette tendance à la science non-faite, voire à une certaine forme d'ignorance stratégique. A l'instar d'un article du *Lancet* modélisant dès mars 2021 l'importation de la Covid-19 en Afrique et qui ne comptait qu'un seul chercheur rattaché à un laboratoire africain sur treize auteurs (Gilbert *et al.*, 2020), des données produites dans les « Suds » sont analysées et valorisées par des chercheurs dans les « Nord » , disposant à la fois de la légitimité leur permettant de développer et d'utiliser des outils statistiques complexes et des ressources de calcul nécessaires à ces analyses. Souvent, les organisations qui se chargent de l'analyse et leurs financeurs définissent l'agenda de la recherche en santé globale, formulent les hypothèses et valident les méthodes nécessaires au travail de calcul, et contrôlent les canaux de diffusion des résultats obtenus (Lurton, 2020). Ainsi, les praticiens en charge des politiques de santé dans les « Suds » sont contraints d'utiliser ces connaissances définies par des acteurs lointains et parfois ignorants des nuances et des questions pressantes de leurs contextes spécifiques.

Dans la lignée des travaux de Lindsey McGoey sur l'ignorance stratégique et de ceux de David Hess abordant la « relative undone science », nous proposons de voir comment le cadre de la santé globale influence les thématiques de santé et les recherches prioritaires dans les pays en développement, et en ignore d'autres alors que nombre d'acteurs locaux (professionnels comme organisations de la société civile) les identifient comme nécessaires. De façon générale, et nous reviendrons sur chacun de ces éléments, la santé globale a été décrite comme encourageant une fragmentation, une « verticalisation » et une technicisation des pratiques et des savoirs. Les dispositifs de santé globale formulés en termes exclusivement techniques (plutôt que politiques) sont accusés d'affaiblir la gouvernance nationale de la santé et de faire perdre la main aux dirigeants locaux des systèmes de santé. X Kerouedan estime que les priorités de la santé globale ne permettent pas de tenir compte des enjeux et besoins locaux, situés hors des objectifs techniques partagés par tous les pays (Kerouedan, 2013). Certains chercheurs avancent même que la santé globale donne précisément la priorité à des recherches et des actions portant sur des affections qui menacent les investissements des pays riches (Ollila, 2005). D'autres universitaires dénoncent la « myopie » caractéristique des programmes de santé globale qui ciblent des pathologies particulières, souvent les mêmes, laissant de côté des maladies qui touchent pourtant des milliers de personnes (Buse et Harmer, 2007). Ces programmes peuvent se focaliser inlassablement sur des maladies qui ne sont pas ou plus la priorité des pays bénéficiaires, comme le montre Lindsey McGoey à propos des campagnes d'éradication de la poliomyélite des dix dernières années (McGoey, 2015).

La répartition actuelle des nouveaux fonds ciblés de la santé globale n'est pas en faveur d'une approche plus large de renforcement des systèmes publics de santé et de recherche dans les Suds. Le manque de coordination et d'harmonisation entre programmes, présenté par plusieurs analystes comme une des « mauvaises habitudes » récurrentes de la santé globale, contribue également à la production de savoirs non pertinents pour les populations et les acteurs locaux. Plusieurs auteurs décrivent par ailleurs la multiplication de systèmes de données « verticalisés » collectant de l'information séparément sur des pathologies ou des enjeux de santé qui affectent pourtant les mêmes populations et sont pris en charge dans les mêmes systèmes de santé. Comme l'illustrent l'étude de X Crane sur la recherche biomédicale sur le VIH en Afrique ou l'ethnographie de X Livingston sur la cancérologie au Botswana, des structures dernier cri de recherche biomédicale ou de surveillance épidémiologique coexistent avec des services publics de santé en difficulté qui ne peuvent prendre en charge les besoins de santé de leur population (Crane, 2013 ; Livingston, 2012). Cette nouvelle configuration sanitaire offerte par la santé globale aux pays des Suds fait coexister nouvelles structures high-tech et hôpitaux en ruine (Lachenal, 2013). Les fonds, les méthodes et les thèmes de la santé globale ont donc un impact sur les possibilités de la production des connaissances en santé dans les pays dits des Suds.

Dans le contexte de la Covid-19, situation d'urgence et pleine d'incertitude, cette structure de production des connaissances déjà fragile et imparfaite, devient particulièrement sujette au relâchement des standards de preuve, en particulier dans la sensibilité aux affirmations d'efficacité de solutions techniques. La confiance dans une solution technique, défendue par des détenteurs légitimes de la compétence technique, a permis d'ancrer au centre des réflexions sur les stratégies de riposte à la Covid-19, des outils jamais testés, mal calibrés, et dont l'efficacité n'avait jamais été évaluée (comme les applications mobiles de contact tracing par exemple).

Agir sur l'incertitude et penser la Covid quand elle n'existe pas

La réflexion de la santé globale par rapport aux enjeux de « science non faite » et d'ignorance stratégique n'est pas neuve, mais elle s'est particulièrement développée ces dernières années. Dans le même temps, les chercheurs et praticiens de la santé globale ont développé un cadre propre et à vocation universelle pour agir sur l'ignorance et l'incertitude. Même si le virus SARS-CoV-2 était inconnu avant 2020, il s'inscrit dans un paradigme de biosécurité clairement défini par la communauté de la santé globale : celui de la « maladie X » (Simpson *et al.*, 2020) Établi par l'OMS en 2018 à la suite de l'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest, ce cadre visait à fédérer les efforts de lutte contre une pandémie causée par un pathogène encore inconnu, ou en tout cas pas connu pour causer une maladie humaine. Il s'accompagne d'un arsenal de politiques publiques et de mesures de préparation, qui relèvent des développements contemporains d'une santé globale que certains n'hésitent pas à qualifier de sur-sécurisée (Wenham, 2019). Le SARS-CoV-2, issu de la famille connue des coronavirus mais jusque récemment inconnu, a été ainsi qualifié de « maladie X » (Jiang & Shi, 2020).

Ce concept de maladie X englobe une panoplie de référentiels, d'outils, de recommandations et a donné lieu à des classements du niveau de préparation (*preparedness*), très sévères envers les pays à faible revenu. En effet, « l'ignorance » telle que pensée dans la cadre de la maladie X est celle d'un « inconnu connu » (« known unknown ») pour reprendre le cadre conceptuel posé par X Rumsfeld (Rumsfeld, 2011). Par définition, l'idée est donc de se raccrocher à une série de « certitudes » et de théories sur la nature de la maladie X. Ce raisonnement est également appliqué aux dispositifs de santé publique censés contenir une potentielle maladie X et aux outils mis en place pour les évaluer. Le *Global Health Security Index* (GHSI) et le *Epidemic Preparedness Index* vont ainsi classer les pays suivant leur degré de préparation à une pandémie « inconnue mais connaissable », en utilisant des variables qui reflètent des expériences de la gestion des crises sanitaires passées (Oppenheim *et al.*, 2019).

La démarche de ces index et classements n'est pas sans fondement, mais leur utilité s'est avérée pour le moins limitée dans le cas de la pandémie de Covid-19. Les index de biosécurité et de préparation (*preparedness*) s'appuient sur l'idée d'une connaissance « a priori », affinée à l'épreuve de faits. Pour le cas de la Covid-19, ils ont condamné de fait les pays qui peinaient à contenir les maladies d'hier à être décrits comme des pays nécessairement très vulnérables à une maladie X. Bien entendu, il y a à apprendre des épidémies passées, mais il n'est pas certain que les indicateurs des index et classements identifient précisément les éléments qui ont compté dans les épisodes épidémiques passés (une tâche difficile et pas nécessairement quantifiable), et surtout que ces éléments soient ceux qui vont compter dans le futur. La part de connu et de connaissable d'une « maladie X » est, par définition, inconnue jusqu'à son apparition (et souvent bien après cette apparition). La mésaventure du GHSI, déjà décrite ailleurs (Abbey *et al.*, 2020 ; Aitken *et al.*, 2020) montre bien ces limites : le classement de 2019 est ainsi inversement corrélé aux statistiques de mortalité et de morbidité liées au Covid-19 (au regard du classement, les États les mieux préparés seraient par exemple les États Unis et la Grande Bretagne, et en Afrique il s'agirait de l'Afrique du Sud, pays du continent le plus affecté). Ce que l'échec du GHSI face à la pandémie de Covid-19 révèle, c'est la difficulté du monde de la santé globale à penser l'incertitude dans des cadres différents de ceux des indicateurs standards de la solidité et de la fonctionnalité des systèmes de santé, mais aussi sa difficulté à penser une forme d'incertitude bien plus radicale : l'ignorance. Lorsque la « maladie X » s'est manifestée sous la forme du coronavirus et qu'il est devenu évident que la part de connaissable était limitée et que la part d'inconnu restait conséquente, le cadre de gouvernance et d'action s'est révélé n'être pas tout à fait, voire pas du tout, celui qui avait été pensé par le GHSI et la santé globale plus généralement.

Gouverner une pandémie « inconnue mais connaissable »

A travers le monde, la pandémie de Covid-19 a donné lieu à une série de réponses. Différents projets de recherche, tels que le Oxford Covid-19 Government Response Tracker⁵ et CoronaNet⁶, ont essayé de systématiquement lister ces réponses : ils révèlent une certaine hétérogénéité des pratiques, selon les pays et parfois même les régions, dans les « Suds » comme dans les « Nords ». Même si ces approches ne permettent pas vraiment de différencier effets d'annonce et réalité, mesures officielles et mise en application concrètes, elles montrent bien que la gestion de la Covid-19 est, avant tout, une affaire de sécurité nationale avec des mesures qui, souvent, limitent les libertés publiques au nom de la santé publique. C'est aussi, sans équivoque, le sens de nos observations dans les pays de notre étude. Au 30 juin 2020, une forme d'état d'urgence avait ainsi été instaurée dans au moins 86 pays à travers le monde⁷.

Si cette tendance à la (bio)sécurisation s'inscrit bien dans le cadre général de la santé globale, la gestion très nationale de l'incertitude Covid-19 est, elle, un aspect qui ne ravit pas les chantres de la santé globale. Comme souvent dans l'histoire des épidémies, la Covid-19 est présentée comme un ennemi étranger et l'approche a régulièrement des relents nationalistes (Kloet *et al.*, 2020). Les organisations régionales et internationales peinent à s'imposer comme mécanisme de coordination, surtout dans les premiers mois de la pandémie. Par exemple, l'Union Africaine ou la Communauté de développement d'Afrique australe (CDAA) ne s'affirment que tardivement, en essayant de rassembler et d'harmoniser des pratiques diverses plutôt qu'en imposant d'emblée une feuille de route. De même, les organisations d'aide internationale qui ont été absolument centrales dans la riposte à Ébola en Afrique de l'Ouest, ont eu une place nettement plus discrète, voire marginale, dans la réponse à la Covid-19 dans les pays que nous avons étudiés (Tomori, 2015). Une hypothèse, qui demeure à explorer, est que l'expertise et les ressources étaient mobilisées sur les pays à haut revenus touchés les premiers.

Une deuxième caractéristique majeure de la gouvernance de la réponse à la Covid-19, et qui est tout aussi importante à prendre en compte pour bien saisir la façon dont le risque, l'incertitude, et l'ignorance sont appréhendés, c'est la centralisation des décisions dans les mains d'une « taskforce », un groupe technique d'urgence, dédié à la Covid-19. Il est composé d'acteurs nationaux proches de la tête de l'État dans la plupart des pays étudiés et va développer des approches de reproduction de réponses étrangères ou passées et de « recyclage » d'expériences épidémiques locales. Nous décrivons maintenant ces deux approches, ainsi qu'une troisième qui, par définition, n'implique pas de « taskforce » : le déni

⁵ <<https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>> Consulté le 28 novembre 2020.

⁶ <<https://www.coronanet-project.org/>> Consulté le 28 novembre 2020.

⁷ <<http://www.covid19-governance.sps.ed.ac.uk/>> Consulté le 28 novembre 2020.

de l'épidémie. Chacune témoigne d'un rapport différent à l'ignorance, en étant productrice ou non de connaissances, et en appelant à un refus ou à un décalage dans la mobilisation des savoirs sur la pandémie.

La stratégie du déni

Une attitude possible par rapport à la Covid-19 et à ses inconnues est le déni. Les cas du Burundi et de la Tanzanie sont les plus emblématiques de notre échantillon (Falisse *et al.* 2021). Dans les deux cas, il est évident que le virus a circulé, et tué alors même que les autorités niaient l'existence d'un problème de santé appelé Covid-19. La Tanzanie a documenté l'évolution du virus au début de la pandémie, 21 morts et 509 cas étaient recensés au 14 mai 2020, mais le 8 juin le président Magufuli déclare le pays libéré de la Covid-19, en raison des prières de ses citoyens. Cette déclaration en suit d'autres minimisant la crise sanitaire notamment en vantant les vertus de la médecine traditionnelle et le peu de fiabilité des tests. Le 4 mai, Magufuli affirme ainsi qu'« une papaye, une caille, et une chèvre » ont été testées positives⁸. Les inquiétudes de l'Union Africaine n'y changent rien. Au Burundi, c'est d'emblée que le président Nkurunziza émet des doutes sur l'existence du virus. Dix-huit cas sont confirmés entre mars et avril, mais les autorités ne déploient pas de plan spécifique. Le bureau de l'OMS sur place, inquiet de la situation et qui tentait de mettre en place un plan de réponse, est expulsé du pays le 15 mai. Comme en Tanzanie, l'idée d'une protection divine est invoquée. Des élections sont organisées dans les deux pays en 2020. Elles sont importantes pour le régime en place et ne sont sans doute pas étrangères au déni de la Covid-19 qui pourrait perturber leur organisation. Notons cependant qu'au Burundi, le président Nkurunziza, qui a laissé sa place à son dauphin, meurt le 8 juin. Le communiqué de presse parle d'un « arrêt cardiaque », mais les symptômes, et la rumeur persistante, pointent vers le Covid-19 (d'autant plus que la première Dame avait été testée positive quelques jours avant). Quelques semaines plus tard, le pays se dote d'un « groupe de coordination » sur la Covid-19 et les autorités parlent ouvertement des risques posés par le virus. Un peu moins de dix mois plus tard, un scénario très similaire se joue en Tanzanie où le président finit par reconnaître le danger du virus avant de succomber, quelques semaines plus tard, le 17 mars 2021, officiellement d'un problème cardiaque. L'opposition et la société civile lient eux, ce décès à la Covid-19.

Le Burundi et la Tanzanie constituent les cas de déni les plus manifestes des pays que nous avons passés en revue mais des formes de déni se retrouvent dans d'autres contextes. En Inde, pourtant voisine de la Chine, le déni sera également la stratégie utilisée dans un premier temps. Fin 2019, alors que la province du Wuhan gère le début de la pandémie de Covid-19, l'Inde fait face à des soulèvements massifs et violents contre la loi sur la citoyenneté adoptée par son parlement, jugée antimusulmane. Les autorités semblent alors peu préoccupées par le

⁸ <<https://www.bbc.co.uk/news/world-africa-54603689>> Consulté le 28 novembre 2020.

virus et nient toute possibilité de transmission locale, malgré les premiers cas identifiés dès janvier au Kerala. Les autorités indiennes produisent jusqu'en mars des communiqués affirmant qu'il n'y a aucune transmission communautaire du virus et que seuls des cas importés de l'étranger sont en cause. Finalement, après cette phase de déni, le premier ministre annoncera le 24 mars, quatre heures avant son entrée en vigueur, le confinement total du pays pour une durée d'au moins 21 jours. Cette deuxième phase illustre une deuxième stratégie identifiée dans plusieurs de nos pays d'enquête, celle de la reproduction de mesures étrangères ou historiques (voir section 2.2).

Le déni de la Covid-19 est presque caricatural : une contre-vérité circule, elle est à bien des égards le contraire de l'ignorance ou du doute, car fondée sur la foi en l'autorité divine ou en l'omnipotence d'un gouvernement. A l'ignorance liée aux effets d'un pathogène peu connu se substitue la certitude d'une protection située dans un champ qui ne repose pas sur les principes de la science biomédicale, ni ne s'appuie sur le langage de la santé publique. Il est important ici de voir que dans le cas du Burundi et de la Tanzanie, le « déni » sert des fins politiques claires, et qui ne sont pas neuves : un positionnement en opposition aux pays occidentaux et aux démocraties libérales qui sert de cri de rassemblement aux régimes en place. C'est l'inaptitude des pays occidentaux à gérer l'incertitude et la maladie qui est visée, dans les exemples tanzaniens, burundais, mais aussi indiens. Mais cette forme « d'ignorance stratégique » du problème Covid-19 n'est tenable qu'à partir du moment où le doute reste permis. Comme le cas indien le montre, le champ de l'ignorance ne reste pas stable pendant la période du déni, car la connaissance du virus s'améliore mais surtout, l'épidémie se propage sur le territoire national jusqu'à devenir tellement présente que le déni n'est plus possible.

La reproduction de réponses

Dans les pays des « Suds » étudiés, mais aussi dans beaucoup de pays des « Nords », la réaction des autorités publiques a souvent été de reproduire des mesures similaires à celles prises dans des pays déjà touchés (au « Nord » comme au « Sud »). Typiquement, celles-ci puisent dans le registre « classique » et historique des mesures anti-épidémies ; à l'image de la mesure emblématique de la pandémie : le confinement des populations. Le confinement ne date bien entendu pas de la pandémie de Covid-19, mais l'expérience du Wuhan remet la stratégie au goût du jour. Les mesures de confinement s'imposent bientôt comme une pierre angulaire de la riposte à la Covid-19 et sont reproduites à travers le monde. L'Inde impose un confinement national avec interdiction stricte de circuler le 24 mars, alors qu'elle compte 500 cas cumulés et un seul décès par Covid (pour 1,352 milliard d'habitants) et débute à peine sa campagne de dépistage.

Cette « reproduction » en matière de confinement n'a, cependant, souvent pas exactement donné les résultats escomptés, entre autres parce que les contextes socio-politiques sont différents, entre « Nords » et « Suds », mais aussi entre les « Suds », entre épidémies, et entre périodes historiques. En Inde, dès le 25 mars, aucune circulation n'est possible dans le pays. Cette annonce entraîne des migrations importantes des villes vers les campagnes. Les

travailleurs migrants, les journaliers et les plus pauvres privés de ressources ont décidé de retourner dans leurs villages d'origine. Cet exode tragique constitue le symptôme le plus visible du confinement à l'indienne qui n'a en rien permis d'aplatir la courbe de la trajectoire de l'épidémie. L'exode provoqué par ce confinement rapide a peut-être même contribué à la propagation de l'épidémie sur tout le territoire. Six mois plus tard, l'Inde n'avait toujours pas atteint son pic épidémique et devenait le deuxième pays en nombre total de cas diagnostiqués (après les États-Unis) et le pays où l'épidémie connaissait la croissance la plus rapide au monde en chiffres absolus selon l'OMS.

La reproduction d'approches venues de l'étranger ou du registre classique de la gestion des épidémies correspond à un mode de gestion par défaut de l'ignorance de la santé globale. Face à l'incertitude, l'attitude est de se raccrocher à ce qui est perçu comme la meilleure pratique connue, parce qu'elle semble avoir fait ses preuves dans un autre contexte géographique et historique (et souvent, épidémique). Cette stratégie s'inscrit dans une perspective rationnelle mais elle ne permet pas de totalement lever le doute ; elle n'est pas forcément pleinement basée sur des preuves pertinentes (« evidence-based ») et surtout la Covid-19 n'est pas entièrement « connaissable » ou anticipable sur le court terme, notamment au niveau de son épidémiologie. En mobilisant les travaux sur la *undone science* et les mouvements sociaux (Hess, 2016), nous nous attardons dans la suite de cet article sur les modalités de gestion de crise qui permettent ou non l'adaptation ou la remise en question de ces « bonnes pratiques » et « bons modèles ». Dans le cas de la pandémie de la Covid 19, comme nous le montrant en partie 3, la prise des décisions par un petit groupe, souvent proche du pouvoir et socialisé à la santé globale (ou tout du moins à la globalisation) ne rend que plus difficile l'émancipation de modèles connus.

La réactivation de stratégies locales

Une troisième approche développée, et souvent moins bien documentée, a été de ramener la réponse à la Covid-19 à des mécanismes de gestion initialement mis au point pour faire face à d'autres épidémies. Plus que le déploiement de plans de crise généraux de mobilisation de ressources, il s'agit ici de la réactivation ou du « recyclage » de stratégies et d'institutions développées lors de crises sanitaires antérieures. Dès février 2020, l'Ouganda va ainsi reprendre son screening aux aéroports et points d'entrée développé dans la lutte contre la maladie à virus Ébola (toujours en place à cause de l'épidémie en RDC voisine), le Libéria va faire de même. En RDC, la réactivation de l'infrastructure mise en place pour lutter contre Ébola est évidente. Très tôt, une équipe d'urgence, structurée autour du secrétariat technique pour la riposte, rattaché au Secrétariat Général du ministère de la santé est organisée. Ce secrétariat est dirigé par le professeur Muyembe, un spécialiste reconnu de la lutte contre les pandémies et jusqu'alors directeur du Secrétariat Technique du Comité Technique Multisectoriel de la Riposte à l'épidémie Ébola (ST/CMRE). Le Secrétariat Technique Covid-19 est composé de nombreux personnels issus du ST/CMRE, et son plan de riposte pour la Covid-19 stipule directement que « les expériences récentes sur les épidémies [Ébola] vont

être capitalisées ». La RDC a pu bâtir son système initial sur des structures et des outils existants, et les réadapter aux spécificités progressivement identifiées pour l'épidémie de Covid-19. Ainsi, les outils de collecte et de compilation de données initialement utilisés pour la liste linéaire des patients Covid-19 sont ceux déjà utilisés pour les patients Ébola. Les formats de rapport de situation quotidien sont, dans un premier temps, hérités de ces mêmes sources.

En Inde, l'État du Kerala a également appliqué cette stratégie. Le Kerala a été le premier État indien à déclarer des cas de Covid-19 et dès le début de l'épidémie a déployé une politique de tests et de traçage massive. Comme l'a déclaré sa ministre de la santé, l'épidémie du virus Nipah en 2018 (dont le taux de létalité se situe entre 40 et 70%) a préparé le Kerala pour la Covid-19⁹. Une surveillance rigoureuse par les équipes de contrôle réunissant du personnel médical de terrain et de nombreux fonctionnaires a été rapidement déployée grâce aux structures « Nipah », pour suivre l'évolution du virus. Plus que la simple mobilisation d'un plan sanitaire, il s'est agi d'utiliser des structures originellement mises en place pour lutter contre une épidémie particulière (et initialement modelée pour répondre à ses caractéristiques). Grâce à cette recherche des contacts, le Kerala a pu suivre près de 90% des contacts primaires et secondaires, qui ont été encouragés à s'isoler à la maison ou à l'hôpital. On compte fin novembre 2020 moins de 2000 morts par Covid-19 dans cet État de 36 millions d'habitants où 100% des décès sont déclarés.

Dans le cas de la réactivation, la même rationalité biomédicale que dans le cadre de la « reproduction » de solutions est déployée, mais cette fois-ci elle est mieux contextualisée. Il s'agit, dans une certaine mesure, d'une prise de distance par rapport à une santé globalisée : le « recyclage » qui s'opère n'est pas nécessairement antithétique à la reconnaissance d'éléments globalisés dans la santé mais, face à un danger imminent, il place au premier plan la solution basée sur les expériences passées et les compétences locales. S'il peut être tentant d'y voir une « bonne stratégie », il conviendrait de noter que la réactivation ne permet pas de totalement gérer l'incertitude : si l'héritage de structures et de modes opératoires d'épidémies passées permet un déploiement rapide de solutions contextualisées, il en porte cependant le passif, et il n'est pas complètement adapté à une épidémie aux caractéristiques différentes. Dans le cas de la RDC, par exemple, l'emprise de l'épidémie de Covid-19 est beaucoup plus étendue géographiquement que les épidémies à Ébola, et nécessite des solutions pour la collecte et la communication de données à bien plus large échelle. Si un système recyclé peut permettre un déploiement rapide, il autorise les décideurs à faire l'économie d'une analyse plus spécifique du problème actuel. La réactivation est donc une solution efficace pour mettre en selle des acteurs dans une situation d'incertitude et les doter d'outils dont la principale qualité est leur existence et leur familiarité pour les acteurs de terrain. Nous étudierons à

⁹ <<https://www.financialexpress.com/lifestyle/health/nipah-lessons-helped-there-is-no-one-stroke-flattening-of-the-curve-kerala-health-minister/1941459/>>. Consulté le 20 mai 2020.

présent comment ces acteurs et ces outils vont permettre de gérer l'ignorance, de la prolonger et la reproduire.

Acteurs et outils de production de l'ignorance

L'approche nationale, voire nationaliste, et sécuritaire de la riposte pandémique se traduit, dans bien des cas, par la composition de groupes d'urgence formés pour mener la riposte. Ils vont, dans la pratique, être centrés sur des instances nationales et réduire le nombre d'acteurs et d'opinions, et peut-être par-là limiter le champ de l'incertitude, mais aussi la possibilité d'avis divergents. Paradoxalement, ce dispositif correspond à une forme de gestion de crise internationalisée (et enseignée), celle de la « taskforce » héritée de la stratégie militaire de la guerre froide, c'est-à-dire de la gestion de crise par la mise en place d'un comité d'experts, à vocation temporaire et concentré sur un problème particulier, plutôt que par des institutions permanentes. Ces taskforces, qui ne s'appellent pas officiellement ainsi dans tous les pays, sont très similaires dans nos différents cas d'étude. Partout, elles vont monter en puissance comme l'espace privilégié de gestion de la réponse au risque. Dans seulement deux cas sur quinze, la taskforce s'appuie sur une structure préexistante.

« Covid-19 taskforces » et politiques de l'ignorance

Dans les taskforces dont nous avons pu analyser la composition, et sans faire un inventaire exhaustif, nous retrouvons régulièrement des responsables qui ne sont pas des habitués des questions de santé tels que des personnes issues du ministère de la défense, de l'intérieur, du tourisme, de l'environnement ou encore de l'éducation. On pourrait y voir une approche pluridisciplinaire de la pandémie, voisine de l'idée d'une large coalition d'acteurs promue par beaucoup dans la santé globale sous le modèle « one health » (soit une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé publique, animale et environnementale). Cependant, les taskforces témoignent également d'un certain resserrement de l'espace de prise de décision.

En effet, la nomination des membres des taskforces se fait, dans tous les cas pour lesquels nous avons trouvé de l'information par un processus de cooptation, à la discrétion entière des plus hautes sphères du pouvoir. Alors même qu'elles sont au cœur de la stratégie de riposte, il nous a été très difficile de comprendre qui intervient dans ces taskforces : non seulement leur composition semble changer rapidement mais surtout la liste des membres n'était publique que dans un peu plus de la moitié des pays considérés. Nul besoin de préciser qu'il est également très difficile de disposer sans y siéger des informations qui y sont utilisées et le périmètre réel de leurs prérogatives. Les taskforces que nous avons analysées ressemblent souvent à la garde rapprochée du pouvoir en place. Un cas intéressant est celui du Malawi, où ce groupe est devenu (légèrement) plus inclusif en réaction à des décisions de justice (suite à

des plaintes émanant de la société civile) qui sont venues casser la mise en place d'un confinement assez dur¹⁰.

La création des taskforces s'est ainsi typiquement accompagnée de la marginalisation d'acteurs autrefois jugés clés dans la gestion des épidémies. Nous avons déjà mentionné les acteurs de la santé internationale, agences onusiennes et ONG internationales, qui dans beaucoup de pays à faible revenu ont une influence substantielle sur les politiques de santé, et se sont retrouvées souvent réduites à un rôle de soutien opérationnel dans la réponse à la pandémie. Dans un seul des cas que nous avons étudié, celui du Soudan, l'OMS apparaissait dans le cercle rapproché des décideurs de la réponse. Mais la marginalisation ne se limite pas aux acteurs internationaux. Dans plusieurs pays, nos informateurs ont ainsi parlé de « sur-concentration » et notre travail, ainsi que celui de collègues (Rajan *et al.*, 2020), montre des taskforces qui reflètent, souvent à l'extrême, les rapports de force dans l'espace public. Elles comptent des hommes plutôt que des femmes, des gens proches voire très proches du pouvoir plutôt que des gens critiques du pouvoir ou bien, comme nous le révèlent nos données sur la Somalie, des représentants des associations de médecins plutôt que ceux des infirmières. Des militaires sont régulièrement présents, mais en nombre restreint.

La taskforce a des atouts de diversité cognitive car une pluralité de ministères y sont impliqués, mais elle est aussi marquée par un appauvrissement épistémique : presque par définition, le moyen d'action taskforce, dans la santé ou dans d'autres domaines, n'est pas conçu comme un conseil démocratique et n'a d'ailleurs souvent pas cette prétention. Cristian Timmermann (2020) parle d'ignorance épistémique (à propos du Chili) car ceux qui prennent les décisions en réponse à la Covid-19 sont incapables de pleinement se mettre à la place des groupes vulnérables dans la société, et ne sont souvent pas tenus à une discussion avec ceux-ci au vu de la déconnexion entre taskforces et institutions représentatives et démocratiques. Dans de nombreux pays, les réponses des taskforces ont ainsi été critiquées pour être particulièrement peu appropriées aux réalités de genre (Van Daalen *et al.*, 2020).

Cette concentration du pouvoir des taskforce permet aussi une gestion plus rapprochée de l'information par les gouvernements. En Inde, la taskforce va permettre de relayer certaines informations gouvernementales, et si elle n'agit pas dans ce sens, le gouvernement n'hésitera pas à la reconfigurer voire à la contourner¹¹. Les pressions ou affinités gouvernementales peuvent bien sûr jouer un rôle central dans la production d'ignorance au-delà des taskforces. En effet, faire pression sur les médias comme sur les scientifiques pour maîtriser la diffusion d'information sur la pandémie a constitué une forme de gestion centrale de la crise en Inde.

¹⁰ <<https://blogs.lsc.ac.uk/africaatlse/2020/11/13/how-have-malawis-courts-law-affected-epidemic-response/>> dernier accès: 28.11.2020

¹¹ <<https://caravanmagazine.in/government/modi-administration-did-not-consult-icmr-appointed-covid-task-force-before-key-decisions>> dernier accès : 28.11/2020.

Juste avant le confinement, le Premier ministre Narendra Modi (qui par ailleurs ne donne jamais de conférence de presse) a convoqué les directeurs des plus grands médias indiens afin de les empêcher de propager du « pessimisme », et des « rumeurs » avec des nouvelles négatives sur l'épidémie et les à inviter à « rassurer le peuple indien »¹². Des pressions similaires ont été exercées sur plusieurs organisations scientifiques et professionnelles en Inde.

De plus, le recours aux taskforces a des conséquences de long terme sur l'organisation du système de santé une fois la situation d'urgence passée. En RDC, le Secrétariat Technique évoqué plus haut a en quelque sorte court-circuité la Direction de la Surveillance Épidémiologique (DSE) du Ministère de la Santé. Alors que la gestion de la Covid-19 doit être reconfigurée pour être intégrée dans le système de santé de routine qui devra la gérer sur le long terme, il est nécessaire de transmettre les outils utilisés dans la gestion de la Covid-19 aux acteurs de ce système. Toutefois, les choix techniques effectués de façon ad-hoc rendent parfois difficile la consolidation des systèmes décisionnaires et des structures de connaissance utilisés en routine au sein d'un même ministère. Cette dette sur la gestion des affaires courantes contractée par la mise en place de taskforces est particulièrement sensible dans le cadre de la construction d'infrastructures de données.

Centralité et fiabilité des infrastructures de données

Pour justifier leurs décisions, les taskforces comptent énormément sur l'utilisation de données quantitatives, qui sont la monnaie de la crédibilité en santé globale. La pandémie de Covid-19 présente un défi important en termes de production de données chiffrées permettant la compréhension de l'épidémie. La verticalisation des systèmes de santé des pays des Suds s'est en effet accompagnée d'une verticalisation au moins aussi importante de leur système d'information sanitaire, atomisé en sous-systèmes thématiques utilisant des outils de rapportage et souvent des technologies différentes (Kawonga *et al.*, 2012). Par conséquent, il a rarement été possible de compter sur une infrastructure de collecte de données préexistante dans laquelle la documentation de la Covid-19 viendrait s'insérer dans un arsenal d'outils préexistants. Dans des systèmes où les données de différentes pathologies ou types de services sont collectées dans des silos indépendants, l'ajout d'une nouvelle pathologie nécessite la construction d'une nouvelle infrastructure quasiment en intégralité.

Par son ampleur et sa complexité, l'épidémie de COVID a en effet fait ressortir la nécessité de la dé-segmentation des systèmes de données pour pouvoir à la fois comprendre l'épidémie, et

¹² <<https://caravanmagazine.in/media/hours-before-lockdown-modi-asked-print-media-owners-editors-refrain-negative-covid-coverage>.> consulté le 28.11.2020

en organiser la réponse. Par exemple, la constitution d'une carte des appareils à même d'effectuer des tests pour la Covid-19 au sein du système de santé congolais a nécessité l'obtention de données chez de nombreux acteurs étatiques, ONG, coopérations bilatérales et organisations internationales. Leur compilation, mais aussi la nécessaire consolidation de référentiels géographiques différents utilisés par ces multiples acteurs a souligné la difficulté, malgré les investissements conséquents effectués par chaque acteur dans ses propres données, de fournir une vision unifiée et consolidée sur le système de santé national. Toutefois, cette consolidation n'a évidemment pas pu se faire en situation de crise où les capacités de coordination sont compliquées par l'apparition de nouveaux acteurs (comme les *taskforces*) et l'affaiblissement des systèmes de routine. Au début de l'épidémie en RDC, les acteurs impliqués ont mis en place des sous-systèmes de collecte de données répondant aux besoins spécifiques des acteurs du terrain. Certains de ces outils étaient, issus de la réactivation et du « recyclage » d'autres systèmes comme ceux de la réponse aux épidémies Ebola. La police aux frontières effectuait le suivi du dépistage et de la quarantaine des voyageurs, le laboratoire chargé du dépistage assurait la remontée des résultats de test, les équipes de santé communautaire et de prise en charge dans les hôpitaux recensaient les malades et l'issue de leur maladie. Au cours du travail de consolidation de systèmes de données impliquant ces acteurs variés, les enjeux techniques ont été compliqués par des problématiques liées au fait que différents sous-systèmes dépendaient de financements différents, avec des agendas et des redevabilités variées. Des applications concurrentes sont aujourd'hui encore en circulation pour la collecte d'une même information, liées à des « partenaires » différents supportant certains acteurs ou certaines zones du pays.

L'exemple de la RDC montre que si des outils de collecte de données sont souvent disponibles, la fragmentation des systèmes de santé induite par des programmes et des appuis multiples et non coordonnés rend leur combinaison et leur utilisation complexe. De plus, le tropisme du champ de la santé globale pour des solutions « technologistes » supposées apporter des réponses rapides à des problèmes complexes renforce cette fragilité. On ne compte plus les générations de systèmes de données, basés sur les SMS, puis sur l'utilisation de tablettes, ou les systèmes de données pour le suivi de patients dans les hôpitaux, supposés offrir des solutions rapides aux problèmes complexes rencontrés par les pays à faible ressource (Read *et al.*, 2016). En période de crise, certains acteurs proposent de nouveaux outils, nourrissant le mythe de solutions rapides, mais dont l'absence de faiblesses identifiées vient souvent d'un manque de test en conditions réelles. Le mirage des applications mobiles de traçage partout promises et rarement réalisées a été un grand révélateur de ce travers (Al Dahdah et Alam, 2020). Ces solutions ont pour effet pervers de concentrer de l'attention, des ressources et des attentes dans un objet unique, limitant l'investissement fait dans d'autres projets plus modestes mais plus réalisables. L'ampleur exacte de cet effet d'éviction est par nature difficile à documenter et évaluer, mais nous pouvons constater, un an après l'annonce du début de leur développement, le manque d'existence tangible de multiples applications présentées comme les pièces maîtresses de stratégies gagnantes de lutte contre la Covid-19. Ces investissements dans des solutions technologiques incertaines se font au détriment de la

consolidation des infrastructures produisant à bas bruit des données compréhensibles et solides. Et la défaillance des infrastructures de données sanitaires a été constatée jusqu'aux États-Unis, où l'incapacité initiale du *Centre for Disease Control* (CDC) à produire des données au niveau national a été pallié en grande partie par la mobilisation de citoyens collaborant sur une base volontaire pour obtenir des données auprès des autorités locales et les compiler. Simon¹³ note que les problèmes principaux rencontrés par cet effort se situait au niveau de la transparence et des définitions utilisées plutôt qu'au niveau technique.

En creux, la crise de la Covid-19 a donc été un révélateur de la façon dont les infrastructures mêmes des données de la santé globale sont construites pour produire de l'ignorance. D'une part, la fragmentation des systèmes de santé, et leur verticalisation en programmes et thématiques rendent difficile la production de visions unifiées des problématiques de santé à une échelle nationale. D'autre part, la tentation technologique encourage des solutions peu robustes, sans construire d'infrastructures consolidées, de façon incrémentielle, en investissant dans des standards ou des normes permettant l'échange et l'utilisation effective des données. En période de crise, la tentation techniciste centrale dans la santé globale a conduit à ajouter un risque technologique supplémentaire à l'incertitude de la gestion épidémiologique, avec l'utilisation de solutions innovantes mais mal testées, et a donc contribué à l'ignorance dans laquelle se sont trouvés les décideurs au moment de mettre en place la réponse aux épidémies. Pour conclure cette partie, nous abordons les différentes formes d'usage des données épidémiologiques et des connaissances scientifiques sur la Covid-19 et la façon dont leur manipulation peut servir un optimisme trompeur au sommet de l'État.

Fétichisation et manipulation des données

Fin septembre 2020 l'éditorial du *Lancet*¹⁴ consacré à la gestion de la pandémie en Inde alertait l'opinion publique sur les dangers de l'optimisme trompeur des informations et des données circulant sur l'épidémie en Inde. Cet article, parmi d'autres, remet notamment en question la transparence des données sur les cas et les décès par Covid-19, en particulier celles qui sous-tendent le taux de létalité. Le gouvernement indien fait état d'un taux de létalité de 1,8%, bien inférieur au taux signalé dans d'autres pays. Plusieurs justifications à ce faible taux ont été avancées. Dans un premier temps, la jeunesse de la population, le vaccin BCG utilisé contre la tuberculose ou la chaleur importante ont été reliés, par certaines études, à de faibles taux de mortalité par Covid-19. Si l'Inde compte une proportion de personnes

¹³ <Simon S., (2021) *Inconsistent Reporting Practices Hampered Our Ability to Analyze COVID-19 Data*. <https://covidtracking.com/analysis-updates/three-covid-19-data-problems>> dernier accès : 20.09.2020

¹⁴ <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32001-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32001-8/abstract)> dernier accès : 20.09.2020

âgées plus faible que dans d'autres pays, ses hôpitaux surchargés par de nombreux patients présentant des comorbidités -telles que la dénutrition, la tuberculose, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et cardiovasculaires - auraient dû venir aggraver la mortalité par Covid-19. Dans un deuxième temps, c'est alors la fiabilité des données sur lesquelles s'appuient ces chiffres qui a été pointée du doigt.

D'abord, l'enregistrement des décès, très inégal sur le territoire, a rapidement été identifié comme responsable d'une sous-évaluation de la mortalité par Covid-19 en Inde. Seulement 22% des décès sont médicalement certifiés en Inde, et cette certification est pratiquement inexistante dans les États pauvres du Nord, les plus peuplés de l'Inde. Fin septembre 2020, plus de 65% du total des décès par Covid-19 signalés en Inde proviennent de seulement quatre États (Maharashtra, Tamil Nadu, Karnataka, Delhi) où l'enregistrement des décès est de 100%. Et même dans ces États, qui comptabilisent mieux leurs morts, on ne teste pas systématiquement les morts à l'hôpital où on ne les met pas nécessairement dans la case Covid-19 en raison de comorbidités ou parce qu'ils sont décédés avant même d'être enregistrés à l'hôpital. Le Tamil Nadu a récemment ajouté quelques centaines de décès « oubliés » à son bilan. Tout comme le Maharashtra. Le Bengale Occidental avait pris l'habitude comme beaucoup d'autres États d'exclure tous les décès dus à des comorbidités des décès par Covid-19 (Chatterjee, 2020). Enfin, le gouvernement est accusé de ne pas faire remonter les chiffres déclarés par les hôpitaux. À Delhi par exemple, au mois d'avril le gouvernement annonçait 15 fois moins de morts par Covid-19 que ce que les hôpitaux delhiites avaient effectivement fait remonter¹⁵. Cela renvoie à une problématique plus large de la manipulation des données et des informations scientifiques dans le cadre de la gestion de la pandémie.

Ensuite, la plus haute instance de gouvernance de l'épidémie en Inde, le Conseil indien de la recherche médicale (ICMR) a été pointé du doigt -par le Lancet entre autres- pour s'être écarté des preuves scientifiques, apparaissant au mieux comme excessivement optimiste et au pire comme politiquement motivé. Si l'espoir comme la reconnaissance des progrès sont essentiels pendant cette pandémie, cette instance proche du gouvernement en place a été accusée de présenter la situation indienne sous un jour exagérément positif non seulement en masquant la réalité scientifique de l'épidémie mais surtout en empêchant la mise en œuvre de mesures de santé publique essentielles. Ainsi, l'ICMR a soutenu jusqu'en avril 2020 qu'il n'y avait pas de transmission « communautaire » (c'est-à-dire locale) du virus en Inde, ce qui a considérablement limité la politique de test du pays, alors que les premiers cas avaient été identifiés au Kerala dès janvier. Malgré des preuves scientifiques insuffisantes, l'ICMR a recommandé l'utilisation de l'hydroxychloroquine en « traitement préventif » pour les personnes ayant été au contact de cas confirmés, que ce soit au domicile ou à l'hôpital, entraînant la consommation incontrôlée d'un médicament potentiellement dangereux, et d'après certains articles la mort de plusieurs professionnels de santé indiens ayant suivi cette

¹⁵ <<https://thewire.in/government/delhi-government-casualty-hospitals-data>>, consulté le 15 mai 2020.

recommandation¹⁶. Plusieurs articles de presse prétendent que des données sur l'infection ont été retirées de documents scientifiques sur ordre du directeur de l'ICMR¹⁷. Enfin des scientifiques dénoncent les « spéculations » sur l'immunité collective promues par l'ICMR : des enquêtes conduites cet été à Bombay, Delhi et Pune affirment que plus de 50 % de la population a déjà été contaminée et serait donc immunisée, un concept qui n'a aucune valeur scientifique, puisqu'on ignore à partir de quel seuil l'immunité collective serait atteinte, ni combien de temps dure l'immunité une fois que l'on a guéri (Chandrashekhar, 2020).

L'Inde dispose pourtant de l'expertise en médecine, en santé publique, en recherche et en production biomédicale pour aider le pays à traverser cette pandémie. Mais la production d'ignorance et la désinformation organisée au sommet de l'État créent un climat d'incertitude généralisé qui dissuade les Indiens de prendre au sérieux les messages de santé publique et les mesures préventives, tant les déclarations officielles semblent irréalistes et infondées.

Conclusion

La gestion de l'épidémie de la Covid-19 et de l'incertitude engendrée a fait appel à des stratégies similaires dans les pays africains et asiatiques inclus dans notre étude : le déni, la concentration de la prise de décisions autour d'un noyau assez restreint, la reproduction d'outils issus d'autres contextes tels que le confinement généralisé, ou le « recyclage » d'expériences épidémiques passées (Ébola en RDC ou Nipah en Inde). Ces solutions reflètent souvent, implicitement, les cadres et les structures de pouvoir de la santé globale et reconduisent par ce fait des formes d'ignorance qui lui sont propres. Cet effet de la crise n'est toutefois pas spécifique au terrain d'expérimentation favori de la santé globale que sont les « Suds ». Beaucoup des aspects que nous avons développés se retrouvent probablement aussi à la France, aux États-Unis, ou au Royaume-Uni, entraînant la même confusion et parfois la défiance des citoyens vis-à-vis de la capacité de leur gouvernement à gérer la pandémie. La séparation souvent arbitraire et artificielle entre pays dit « développés » ou « en développement » en prend d'ailleurs pour son grade, comme le montre l'échec du Global Health Security Index.

Néanmoins, on peut espérer que la crise actuelle de la santé globale puisse faire évoluer cette situation. En l'absence de modèle satisfaisant de gestion de la crise qui colle au système de pouvoir de la santé globale, de nombreux acteurs critiques appellent à se tourner vers des gestions localisées de l'incertitude, et vers des innovations, des agencements et des bricolages, permettant de résoudre des problèmes concrets, et de faire émerger des solutions variées renforçant l'arsenal de lutte contre les pandémies. On aimerait que cette crise

¹⁶ <<https://health.economictimes.indiatimes.com/news/pharma/why-icmr-continues-to-stand-firm-on-using-hydroxychloroquine-as-prophylaxis/76172274>>, consulté le 28 juin 2020.

¹⁷ <<https://www.telegraphindia.com/india/how-covid-numbers-were-hushed-up/cid/1792482>> Consulté le 28 septembre 2020.

mondiale puisse au moins servir à la construction d'infrastructures de connaissances locales et robustes, propres à réduire l'asymétrie gouvernant la production de connaissances de la Santé Globale, afin de diminuer l'incertitude à laquelle doivent faire face les responsables sanitaires des pays dits « des Suds » ou « à ressources limitées » aujourd'hui confrontés à la pandémie de la Covid19.

Abbey, E. J. *et al.* (2020). The Global Health Security Index is not predictive of coronavirus pandemic responses among OECD countries. *PLOS ONE*, 15(10), e0239398. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239398>

Abimbola, S. (2019). The foreign gaze : Authorship in academic global health. *BMJ Global Health*, 4(5), e002068. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068>.

Abimbola, S. & Pai, M. (2020). Will global health survive its decolonisation? *Lancet*, 396(10263), 1627-1628.

Adams, V. & Biehl J. (2016). « The Work of Evidence in Critical Global Health ». *Medicine Anthropology Theory* 3(2), <https://doi.org/10.17157/mat.3.2.432>.

Aitken, T., Chin, K. L., Liew, D., & Ofori-Asenso, R. (2020). Rethinking pandemic preparation : Global Health Security Index (GHSI) is predictive of COVID-19 burden, but in the opposite direction. *Journal of Infection*, 81(2), 318-356. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.05.001>.

Al Dahdah, M. & Alam, J. (2020). Tracing Apps to Fight Covid-19. *Books&Ideas*, 18 mai 2020. <https://booksandideas.net/Tracing-Apps-to-Fight-Covid-19.html>.

Atlani-Duault, L. & Vidal, L. (2013). *La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale ?* Numéro spécial de la Revue Tiers Monde, 3(121).

Buse, K. & Harmer, A. M. (2007). Seven habits of highly effective global public-private health partnerships. *Social Science & Medicine*, 64(2), 259-271. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.001>.

Chandrashekhar, V. (2020). Herd immunity? India still has a long way to go, scientists say. *Science*, 370(6516), 513-513. <https://doi.org/10.1126/science.370.6516.513>.

Chatterjee, P. (2020). Is India missing COVID-19 deaths? *The Lancet*, 396(10252), 657. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31857-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31857-2).

Crane, J. (2013). *Scrambling for Africa*. Ithaca : Cornell University Press.

Drayton, R. (2005). *Nature's government*. Hyderabad : Orient Blackswan.

Falisse, J.-B. (2019). Au-delà du modèle voyageur ? Usage stratégique et hybridation du financement basé sur la performance (FBP) dans la santé au Burundi. *Politique africaine*, 4, 83-100. <https://doi-org.inshs.bib.cnrs.fr/10.3917/polaf.156.0083>

Falisse J.-B., Macdonald R, Molony T, *et al* (2021) Why have so many African leaders died of COVID-19? *BMJ Global Health* 2021;6:e005587. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005587>

Fortané, N., & F. Keck (2015). « Ce que fait la biosécurité à la surveillance des animaux ». *Revue d'anthropologie des connaissances* 9 (2), 125-37.

Frickel, Scott, & Edwards, M. (2014). Untangling ignorance in environmental risk assessment. Powerless science. Dans S. Boudia & N. Jas (Eds), *Powerless science? science and politics in a toxic world* (pp. 215–233). New York : Berghahn Books.

Gaudillière, J-P, C. Beaudévin, C. Gradmann, A. M Lovell, & L. Pordié (2020). *Global Health and the New World Order*. Manchester : Manchester University Press.

Geissler, P. W. (2013). Public secrets in public health : Knowing not to know while making scientific knowledge. *American Ethnologist*, 40(1), 13-34. <https://doi.org/10.1111/amet.12002>.

Gilbert, M. *et al.* (2020) « Preparedness and Vulnerability of African Countries against Importations of COVID-19». *The Lancet* 395(10227), 871-77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30411-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30411-6).

Gross, M., & McGoe, L. (éd.). (2015). *Routledge international handbook of ignorance studies*. London : New York : Routledge.

Guilbaud, A. (2015). *Business partners : firmes privées et gouvernance mondiale de la santé*. Paris : Presses de Sciences Po.

Hess, D. (2016) *Undone science: social movements, mobilized publics, and industrial transitions*. Cambridge, Mass. : MIT Press.

Jiang, S. & Shi, Z.-L. (2020). The first disease X is caused by a highly transmissible acute respiratory syndrome coronavirus. *Virologica Sinica*, 35, 263–265. <https://doi.org/10.1007/s12250-020-00206-5>

Kawonga, M., Blaauw, D., & Fonn, S. (2012). Aligning vertical interventions to health systems. *Health Research Policy and Systems*, 10(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-10-2>.

Kerouedan, D. (2013). Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 111. <https://doi.org/10.3917/rtm.215.0111>.

Kloet, J. de, Lin, J., & Chow, Y. F. (2020). 'We are doing better': Biopolitical nationalism and the COVID-19 virus in East Asia. *European Journal of Cultural Studies*, 23(4), 635–640. <https://doi.org/10.1177/1367549420928092>

Lachenal, G. (2013). Le stade Dubaï de la santé publique. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 53-71. <https://doi.org/10.3917/rtm.215.0053>.

Lakoff, A., & Collier, S. J. (2008). *Biosecurity interventions : Global health & security in question*. New York : Columbia University Press.

Livingston, J. (2012). *Improvising medicine : An African oncology ward in an emerging cancer epidemic*. Durham : Duke University Press.

Lurton, G. (2020). Santé Globale et mesure. *Cahiers du Comité pour l'Histoire de l'Inserm*, 1(1), 8. [ISSN numérique : 2534-6121], 73-80. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/10068>.

Macfarlane, S. B., Jacobs, M., & Kaaya, E. E. (2008). In the Name of Global Health : Trends in Academic Institutions. *Journal of Public Health Policy*, 29(4), 383-401. <https://doi.org/10.1057/jphp.2008.25>.

McGoey, L. (2015). *No such thing as a free gift : The gates foundation and the price of philanthropy*. London; New York : Verso.

Nguyen, V. K. (2009). Government-by-exception. *Social Theory & Health*, 7(3), 196-217. <https://doi.org/10.1057/sth.2009.12>.

Nichter, M. (2008). *Global health : Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*. Tucson : University of Arizona Press.

Oppenheim, B., Gallivan, M., Madhav, N. K., Brown, N., Serhiyenko, Wolfe N.P., Ayscue, P. (2019). Assessing global preparedness for the next pandemic. *BMJ Global Health*, 4(1), e001157. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001157>.

Petryna, A. (2009). *When experiments travel : Clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton : Princeton Univ. Press.

Rajan D, Koch K, Rohrer K, et al (2021) Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health* (5)5:e002655. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655>

Read, R., Taithe, B., Mac Ginty, R. (2016). Data Hubris ? Humanitarian Information Systems and the mirage of technology. *Third World Quarterly*. 37(8), 1314-1331, <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1136208>

Rumsfeld, D. (2011). *Known and unknown : A memoir*. Westminster : Penguin.

Simpson, S., Kaufmann, M. C., Glozman, V., & Chakrabarti, A. (2020). Disease X : Accelerating the development of medical countermeasures for the next pandemic. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), e108-e115. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30123-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30123-7)

Sridhar, D. (2012). Who Sets the Global Health Research Agenda? *PLoS Medicine*, 9(9), e1001312. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001312>.

Timmermann, C. (2020). Epistemic Ignorance, Poverty and the COVID-19 Pandemic. *Asian Bioethics Review*, 12(4), 519-527. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00140-4>.

Tomori, O. (2015). Will Africa's future epidemic ride on forgotten lessons from the Ebola epidemic? *BMC medicine*, 13(1), 1-4. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0359-7>

Van Daalen, K.R *et al.* (2020). Symptoms of a broken system: the gender gaps in COVID-19 decision-making. *BMJ global health*, 5(10), p.e003549. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003549>

Wenham, C. (2019). The oversecuritization of global health : Changing the terms of debate. *International Affairs*, 95(5), 1093-1110. <https://doi.org/10.1093/ia/iiz170>.