

Didier Fassin : « Avec le coronavirus, notre vision du monde s'est rétrécie comme jamais »

Alors que la crise sanitaire est un phénomène qui touche l'ensemble de la planète, l'anthropologue pointé, dans un entretien au « Monde », la myopie des médias et des politiques qui ont focalisé leur attention sur notre relation à la pandémie.



Propos recueillis par [Nicolas Truong](#) Publié le 24 mai 2020 à 06h00 –

L'anthropologue Didier Fassin. YANN LEGENDRE

Anthropologue, sociologue et médecin, Didier Fassin est professeur à l'Institut d'étude avancée de Princeton et directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Il est titulaire de la [chaire annuelle de santé publique au Collège de France](#). Ses recherches ont été conduites dans plusieurs pays, notamment en Equateur sur la mortalité maternelle, en Afrique du Sud sur le sida, récemment aux Etats-Unis et en France sur la police, la justice et la prison. Récipiendaire en 2016 de la médaille d'or de l'anthropologie à l'Académie royale des sciences de Suède, il a été, en 2018, le premier chercheur en sciences sociales à recevoir la Nomis Distinguished Scientist Award.

Ancien vice-président de Médecins sans frontières, il préside aujourd'hui le Comité pour la santé des exilés (Comede). Il a codirigé l'ouvrage *Santé publique. L'Etat des savoirs*, à La Découverte, et il est aussi l'auteur, aux éditions du Seuil, de *La Vie. Mode d'emploi critique* (2018) et de *Mort d'un voyageur. Une contre-enquête* (2020).

La plupart des gouvernements du monde ont choisi de mettre en œuvre des mesures draconiennes sans précédent pour éviter la progression de l'infection. Quel sens donner à ce choix ?

Il faut noter que les mesures ont été d'autant plus draconiennes que les pouvoirs publics n'étaient pas préparés et que leurs réponses ont été tardives. On a alors fait rattraper aux citoyens le temps perdu par leurs gouvernants, et on a remplacé la prévention défaillante par une forme de police sanitaire avec un confinement rigoureusement contrôlé. C'est dans ces pays que l'interruption de l'activité économique et sociale a, en général, été la plus brutale et la plus radicale. Mais même là où l'épidémie a été mieux gérée, il y a eu une cessation de cette activité.

Le phénomène est sans précédent. Il se paie d'un double sacrifice. Il y a d'abord une suspension partielle, et variable selon les contextes, de l'Etat de droit, qui va bien plus loin que les restrictions à la circulation, puisqu'elle touche l'équilibre entre les pouvoirs, la possibilité de manifester ou même de protester, le simple droit à mourir dans la dignité. Il y a ensuite une crise économique et sociale, qui se traduit par une récession, une montée du chômage, une austérité à venir et un très probable accroissement des inégalités qui vont laisser des traces d'autant plus profondes que les économies étaient fragiles et que l'Etat social était réduit.

Or ce double sacrifice n'a qu'une raison d'être : sauver des vies, ou ce qui revient au même ici, éviter des morts. C'est une politique humanitaire. Conduite à l'échelle de la planète avec un coût aussi élevé, elle n'a pas d'équivalent dans l'histoire. Elle révèle la valeur supérieure accordée par nos sociétés à la vie, entendue comme vie simplement physique, ou même biologique. Que nous soyons prêts à tant de renoncements, imposés du reste de façon très inégale, devrait questionner.

Dans « La Vie Mode d'emploi critique », vous vous demandez justement si toutes les vies ont la même valeur. Est-ce le cas dans le contexte présent ?

Il est évident que non. On l'a vu avec la lenteur à réagir et, dans certains pays, l'absence même de réaction par rapport aux populations carcérales qui, dans de nombreuses prisons surpeuplées, se sont trouvées directement exposées au virus, de même que les surveillants qui en étaient souvent les vecteurs. L'empressement à protéger les vies des communs des mortels n'incluait pas les personnes détenues, comme si elles étaient moralement dépréciées, alors même que celles qui étaient les plus à risque, dans les institutions de court séjour comme nos maisons d'arrêt, étaient soit prévenues, donc présumées innocentes dans l'attente de leur jugement, soit condamnées, mais à des peines courtes pour des délits mineurs. Pourtant, il a fallu des mobilisations et des interventions fortes pour vaincre l'immobilisme des administrations et la réticence des politiques, et obtenir, ici ou là, des libérations anticipées, souvent en nombre insuffisant.

On pourrait aussi évoquer les étrangers sans titre de séjour, voire les demandeurs d'asile, qu'on enferme dans des centres ou des camps sur les territoires nationaux ou dans des no man's lands aux frontières. Les conditions d'entassement et d'insalubrité de ces sites rendent leurs occupants particulièrement vulnérables aux infections. Là encore, certains pays ont réduit le nombre de ces confinés de force dont le seul délit est de n'avoir pas de papiers, ou simplement d'attendre une décision concernant leur statut, mais sans aller jusqu'à fermer temporairement ces lieux dangereux.

Qu'on ne considère pas indispensable de préserver ces vies montre qu'elles sont de moindre valeur. Il en est de même de celles des travailleurs migrants, dont beaucoup ont dû assurer sans protection des fonctions vitales pendant le confinement, et parmi lesquels certains, sans papiers, craignent de se faire tester ou soigner et ne peuvent pas compter sur un geste de reconnaissance des gouvernants.

Les médias et les politiques se sont-ils trop focalisés sur la pandémie ?

Nous nous sommes collectivement laissés entraîner dans une sorte de maelström présentiste et autocentré. Nous avons vécu au jour le jour l'aventure du coronavirus, nous racontant nos expériences du confinement, nos difficultés à rester à la maison, nos manières de nous occuper, entre amis, sur les chaînes de radio et de télévision, avec des responsables de la santé venant chaque soir nous entonner l'antienne des données épidémiologiques et des mesures à respecter.

Nous avons eu l'impression, entretenue par les médias et les politiques, que la seule chose digne d'intérêt dans le monde était notre relation à la pandémie. Nous nous sommes donné des héros, les soignants, que nous avons applaudis. Nous avons élevé des statues aux [Anthony Fauci, immunologue](#) aux Etats-Unis, ou [Anders Tegnell](#), épidémiologiste en chef de l'Agence de la santé publique suédoise.

Mais pendant deux mois, nous n'avons pas entendu parler des guerres en Syrie et au Yémen, des famines annoncées en Afghanistan et au Congo, des musulmans réprimés en Inde, des Palestiniens agressés par des colons israéliens en Cisjordanie, des Rohingya qui se noient dans le golfe du Bengale et des Ouïghours qu'on rééduque en Chine. Même les Africains périssent en Méditerranée, non secourus, à l'abri des regards.

De ce qui se passe sur la planète ne nous intéresse que ce qui nous parle du coronavirus, c'est-à-dire de nous. Toute l'économie de notre attention est absorbée. C'est là un remarquable paradoxe : au moment où un phénomène global touche l'ensemble de la planète, notre vision du monde s'est rétrécie comme jamais. Nous sommes devenus myopes.

Cette myopie ne risque-t-elle pas de nous rendre le futur plus flou également, alors que l'on ne cesse d'imaginer « le monde d'après » ?

On le constate sur un point précis : les conséquences déléteres de la crise. Je pense aux vies perdues, c'est-à-dire aux morts, et aux vies gâchées, à cause des faillites d'entreprises, des pertes d'emploi, des expulsions de logement, des marques de la pauvreté. Des études récentes aux Etats-Unis ont montré que la récession de 2008 et 2009 s'était accompagnée d'un recul de l'espérance de vie, en grande partie due à une forte augmentation de la mortalité des adultes entre 25 et 64 ans.

Dans les années qui viennent, les démographes et les épidémiologistes produiront des statistiques dans différents pays montrant des phénomènes comparables, peut-être plus intenses encore car la récession est plus profonde. Mais nous n'aurons pas le directeur général de la santé égrenant chaque soir les statistiques de l'excès de mortalité par suicide ou accident vasculaire cérébral, et nous n'aurons pas le président de la République déclarant à la télévision que nous sommes en guerre contre les inégalités et qu'il nous faut plus de justice sociale. Ces vies perdues et ces vies gâchées, personne, ou presque, ne les pleurera. Et nous ne verrons pas de statisticien mettre ces vies en regard de celles qu'on pensera avoir épargnées.

Précisément, que savons-nous de ces vies épargnées ? Que disent les projections ?

Nous ne savons pas et ne saurons jamais combien de vies ont été épargnées grâce aux mesures prises. Pas plus que nous n'avons et n'aurons jamais l'idée de combien de personnes sont décédées du fait de l'absence de préparation des autorités et de leurs erreurs dans la réponse initiale. La question des prédictions est cependant passionnante parce qu'elle ouvre sur la gestion de l'incertitude.

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), principale institution de santé publique aux Etats-Unis, dénombrent une douzaine de modèles principaux développés dans autant d'institutions de recherche nord-américaines et européennes. Leurs résultats, même à des échéances très courtes, sont extraordinairement différents, variant du simple au quadruple. Dans ces conditions, pour des décideurs et pour celles et ceux qui les conseillent, le choix entre ces modèles est crucial, mais opaque.

La Maison Blanche s'est surtout appuyée sur l'Institute for Health Metrics and Evaluation, financé par la Fondation Bill and Melinda Gates, qui donnait les projections les plus optimistes (fin mars, il prévoyait 81 000 morts aux Etats-Unis d'ici à juillet). L'Elysée a suivi les avis de son Conseil scientifique qui s'est notamment servi des calculs de l'Imperial College, dont les prédictions étaient les plus sombres (mi-mars, un scénario évoquait jusqu'à 500 000 décès en France en l'absence de mesures).

Il y aurait ainsi une épistémologie politique à faire pour comprendre la manière dont, dans ce contexte d'incertitude, certains modèles ont été adoptés plutôt que d'autres. Une fois le choix fait, on s'est tenu à une vérité, comme si la croyance devait l'emporter sur le doute scientifique, et cette vérité a servi à justifier les décisions prises : relâchement précoce pour les uns, discipline stricte pour les autres.

Le débat, en France, n'a-t-il pas été principalement de nature médicale au détriment de la santé publique ?

Les autorités sanitaires n'ont pas entendu l'avis de pandémie annoncée que leur donnaient depuis plusieurs années les experts. Lorsqu'elles ont réalisé la gravité du problème, elles se sont tournées vers les cliniciens et les biologistes, ce qui se comprend car il y avait urgence à prendre en charge les cas dont le nombre augmentait très vite. Mais pour utiliser un langage sociologique, le cadrage du problème a été médical.

On a parlé lits de réanimation, on a fait la « une » des médias avec [des transferts de malades en train](#) ou avion, on a eu comme nulle part ailleurs un interminable débat sur l'hydroxychloroquine. En revanche, on a négligé le dépistage par les tests, la protection par les masques, l'isolement des malades, la recherche des contacts, et les responsables sanitaires ont même expliqué l'inutilité des tests et des masques, qui sont pourtant désormais nos principales armes de prévention.

Les outils théoriques et pratiques de la santé publique n'ont guère été mobilisés. Ils avaient d'ailleurs été délaissés depuis plusieurs années, et le principe de précaution, qui supposait notamment une capacité de production nationale pour les tests et le maintien de stocks pour les masques, avait été remplacé par une logique managériale visant à faire des économies par les délocalisations et le flux tendu. La même chose s'est passée pour certains médicaments essentiels.