

# Covid-19 : contrastes et leçons asiatiques

jeudi 16 juillet 2020, par [ROUSSET Pierre](#) (Date de rédaction antérieure : 13 juillet 2020).

**L'évolution de la pandémie est particulièrement contrastée en Asie où il est beaucoup plus difficile de comparer situations et politiques nationales qu'en Europe. Nous pouvons cependant tenter de dégager quelques lignes de réflexion, nécessairement parcellaires.**

Sommaire

- [Rapidité de la réponse](#)
- [Politique sanitaire et automob](#)
- [L'« effet de loupe » de \(...\)](#)
- [Les frontières, on s'en fout ?](#)
- [La santé, otage des pouvoirs](#)
- [La solidarité par temps de \(...\)](#)

La dynamique nationale de l'épidémie varie considérablement *au sein même* des grands ensembles que sont l'Asie du Sud, l'Asie du Sud-Est et l'Extrême-Orient. Dans chacune de ces régions, des Etats ont contenu la pandémie, parfois remarquablement, ou ont failli, souvent dramatiquement. L'épidémie est notamment en plein développement en Indonésie (75 699 infections officiellement recensées, mais sous-évaluées, et 3 606 décès [1]). Pourquoi de telles différences ?

## Rapidité de la réponse

Un premier élément de réponse concerne la rapidité avec laquelle les autorités ont réagi. Plus le délai a été important et plus l'épidémie est devenue virulente. Ce fut évidemment le cas en Chine, foyer initial, ce qui a ouvert la porte à la pandémie. Pékin porte ici une très lourde responsabilité, mais il n'est pas le seul. La pandémie a d'abord atteint l'Europe qui en est longtemps devenue le foyer principal. La plupart des Etats européens ont à l'heure tour réagi avec retard et, grâce à ce relais, la pandémie s'est diffusée dans les autres continents avec une puissance démultipliée par la densité des échanges propres à la mondialisation capitaliste.

Des pays qui ont pris des mesures radicales sans tarder ont pu contenir, voire éradiquer l'épidémie (et n'ont pas contribué à diffuser la pandémie). C'est notamment le cas du Vietnam avec 372 cas recensés, aucun décès et aucune nouvelle contamination pendant plusieurs semaines. C'est aussi le cas de Taïwan avec 449 cas recensés et 7 décès. La Thaïlande compte 3 220 contaminés, dont 58 décès ; surtout, il n'y a aucune nouvelle contamination pendant plus de 45 jours.

Comparant les taux de mortalité. Ils sont en Asie de 0,0 pour 100.000 habitants au Vietnam, 0,03 à Taiwan, 0,08 en Thaïlande, 0,33 en Chine, 0,39 en Malaisie, 0,46 à Singapour, 0,56 en Corée du Sud. Ils sont en Europe de 10,50 au Danemark, 10,94 en Allemagne, 16,09 au Portugal, 23,11 en Suisse, 35,73 aux Pays-Bas, 35,97 en Irlande, 44,80 en France, 54,27 en Suède, 57,83 en Italie, 60,79 en Espagne, 67,50 en Grande-Bretagne et 85,64 en Belgique. Même en tenant compte des biais liés à la qualité des enquêtes épidémiologiques et de l'information officielle, ces chiffres sont parlant et le travail de suivi assuré par l'université Johns Hopkins fournit des références.

## **Politique sanitaire et automobilisation de la population**

Autre point remarquable, le rôle joué par le modèle sanitaire de base. Les capacités de soins en réanimation d'un pays comme le Vietnam sont très faibles et pourtant, malgré des risques fort élevés (échanges avec la Chine voisine), il présente le meilleur bilan. En effet, les mesures *préventives* de base ne sont pas complexes : tests, isolation des individus contaminés, suivi des personnes avec qui ils ont été en contact, masques, lavage de mains, désinfection. Au Sri Lanka, il n'y a eu pour l'heure « que » 11 décès pour 2,617 contaminations recensées. Cela s'explique par le fait que subsiste encore un système de santé publique très développé, malheureusement menacé par les politiques néolibérales. Dans les pays qui ont jugulés ou contenu efficacement l'épidémie, les autorités publiques sont intervenues de façon cohérente, souvent en mobilisant des réseaux sociaux pour la mise en œuvre des politiques sanitaires - que ce soit le fait des gouvernements ou d'administrations agissant de façon plus ou moins autonome des pouvoirs politiques (voir le cas étonnant de la Thaïlande déjà abordé dans un précédent article [2]).

Enfin, rappelons le rôle majeur que la culture populaire de l'hygiène (Thaïlande, encore) et du risque épidémique, ainsi que l'automobilisation des populations, ont plus d'une fois joué. Ce fut notamment le cas à Hong Kong les habitant. est se sont immédiatement et spontanément masqués, à l'encontre du positionnement initial des autorités. Au Vietnam, ce sont les réseaux sociaux qui ont dénoncé une grande bourgeoise qui tentait d'échapper à la mise en quatorzaine obligatoire pour toute personne revenant de l'étranger. C'est la population qui a rappelé à l'ordre des Français, présents dans le pays, qui jugeaient le port du masque inutile en se basant sur les déclarations (mensongères) de leur gouvernement - un gouvernement qui s'est appliqué des semaines durant à prôner l'exact inverse de ce qu'il aurait dû, en faisant de nécessité (une pénurie générale) vertu.

## **L'« effet de loupe » de Covid et l'eurocentrisme**

Le Covid a un « effet de loupe » : il met en lumière des réalités derrière les apparences. La France n'est plus une puissance, mais un pays impérialiste dépendant doté d'un régime autoritaire qui se refuse à associer représentations des soigné.es et soignant.es à l'élaboration ou la mise en œuvre de sa politique sanitaire. Plus généralement, l'Occident n'est plus le mètre étalon du monde, y compris dans le domaine médical. Plus que jamais, une vision eurocentrée conduit à des erreurs de jugement désastreuses. Quand est-ce que nos gouvernants ont-ils réalisé que la pandémie représentait un danger ? Quand l'Italie a été frappée ; ils sont restés aveugles à ce qui se passait en Asie. Ont-ils cherché à apprendre des expériences asiatiques ? Ils les ont surtout dénigrées.

Le problème ne date pas d'aujourd'hui, comme le relève Pascale Brudon, qui représentait l'Organisation mondiale de la Santé au Vietnam lors de l'irruption de Sras de 2003. A cette époque, l'OMS jouait encore un rôle de coordination internationale efficace et de nombreuses équipes nationales sont venu sur place aider et apprendre de cette crise... mais quasiment personne de France. Interviewée par Mediapart (le 6 avril 2020), elle se déclarait « *effarée par la manière dont les dispositifs de santé publique ont dysfonctionné [en France], alors qu'on a déjà connu des épidémies importantes. Lorsque l'OMS a sorti fin janvier la liste de l'augmentation des cas pays par pays, il était encore temps de réagir. Il y a vraiment eu des signaux qui n'ont pas été entendus.* [3] »

## **Les frontières, on s'en fout ?**

Là où l'épidémie n'est pas éradiquée, le risque d'un rebond existe. La Corée du Sud vient d'en faire la douloureuse expérience. Les Sud-Coréens ont en effet décidé de passer leurs vacances dans leur

pays, plutôt que de voyager à l'étranger... et le virus s'est à nouveau propagé (un avertissement pour la France !). Là où elle l'a été, elle peut être réintroduite de l'étranger et ce d'autant plus que les échanges économiques internationaux sont à nouveau en croissance. Tant que la pandémie mondiale n'est pas jugulée et que l'on ne possède ni traitement efficace ni vaccin protégeant durablement, le risque de reprise des épidémies existe. Ainsi, au Vietnam et en Thaïlande, on note actuellement quelques nouveaux cas journaliers.

La mise en quatorzaine des personnes entrant sur un territoire (à commencer par les nationaux et résident.es rentrant chez eux) a été une mesure très efficace, mais il faut comprendre son ampleur. Le 25 mars, elles étaient ainsi 45000 au Vietnam ! [4] Un premier tri avait notamment lieu dans les aéroports : quiconque présentant des symptômes (fièvre...) était envoyé à l'hôpital, les autres étaient bons pour la quarantaine.

Les « frontières » d'une épidémie sont avant tout celles des clusters, les foyers d'infection, qui peuvent se situer n'importe où : au milieu d'un pays, de part et d'autre ou même en bordure d'une frontière étatique (le cas de l'Alsace, en France). Face à la pandémie, toutes les populations ont sort lié. « La santé dans un seul pays » n'a qu'un temps et la coopération intergouvernementale devrait permettre de déployer des politiques solidaires, mais ce n'est pas le cas. En Asie, comme dans la majorité des régions du monde, les frontières nationales délimitent encore l'espace au sein duquel une politique publique de santé est déployée, que ce soit pour le meilleur ou pour le pire.

Face à une pandémie, le dépassement des frontières étatiques est à la fois une nécessité vitale et une impossibilité présente, d'autant plus que les gouvernements mènent des politiques sanitaires souvent contradictoires les unes avec les autres. C'est un horizon stratégique pour lequel il faut combattre, mais dans des conditions et des rapports de forces difficiles.

## **La santé, otage des pouvoirs**

L'Asie est évidemment otage d'un ordre mondial néolibéral qui donne un pouvoir exorbitant aux puissances économiques, mais probablement moins que l'Union européenne avec ses règles de concurrence « libre et non faussée » et la désindustrialisation de nombreux Etats membres. Elle a aussi ses Donald Trump, tels Narendra Modi en Inde ou Rodrigo Duterte aux Philippines.

La pandémie est en pleine expansion en Asie du Sud. Avec une population de 1,4 milliard d'habitant.es, l'Inde est le troisième pays avec le plus grand nombre d'infections : 850000 et 23000 décès recensés (chiffres jugés très sous-estimés). Le gouvernement s'est désintéressé de la main d'œuvre migrant.es « interne » (à savoir indienne et non étrangères) qui, en rentrant dans ses foyers, a diffusé malgré elle l'épidémie. Notons qu'à Singapour (45.000 infections), les 26 morts sont dus au fait que les autorités n'avaient rien fait pour protéger les travailleur.es migrant.es étrangers. Même en temps d'urgence sanitaire, les pouvoirs ont tendance à « négliger » les (non) citoyen.nes de seconde zone, ce qui, d'un point de vue épidémiologique (et humaniste) est un aveuglement absurde.

Narendra Modi construit son pouvoir sur un ultranationalisme hindouiste (hindutva). En plein pandémie, il a organisé un pèlerinage de milliers de dévots à la grotte d'Amarnath, située à 3900 mètres d'altitudes au Cachemire (côté indien) et dédié à la déesse Shiva, se contenant de mesures sanitaires symboliques. Une décision d'autant plus inquiétante que le nationalisme de Modi est expansionniste et qu'il a des visées territoriales régionales.

Le combat contre la pandémie est aussi devenu otage des conflits géostratégiques qui se nouent autour de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Elle fut un vecteur efficace pour promouvoir

des systèmes de santé de base et offrir des informations sanitaires fiables. Les Etats-Unis (et Big Pharma) ont toujours mis en cause son fonctionnement – les droits de vote ne sont en effet pas mesurés à l’aune des contributions financières, mais par pays. Trump s’inscrit d’autant plus dans cette tradition que, de façon générale, il dynamite au nom de l’unilatéralisme les instances internationales de coopération intergouvernementales multilatérale. Il vient d’engager le processus de retrait des USA de l’OMS, qui sera effectif dans un an s’il gagne la prochaine présidentielle.

Ajoutons à tout cela que l’épicentre du conflit géopolitique entre Pékin et Washington se situe aujourd’hui dans le théâtre d’opérations Indo-Pacifique où chaque Etat est sommé de choisir son camp. Ainsi, l’Australie a décidé de faire barrière à la Chine. Nous n’allons pas vers plus de coopération, mais plus de tensions, en Asie tout particulièrement. De quoi faire le bonheur de la pandémie !

### **La solidarité par temps de pandémie**

Avec la généralisation mondiale des politiques néolibérales, l’équilibre des dynamiques de la solidarité internationale s’est modifié. Le poids du combat commun contre des politiques universalisées s’est renforcé, en complément des solidarités « traditionnelles » Nord-Sud (qui gardent évidemment leur pertinence.

L’« effet de loupe » de Covid-19 confirme à quel point. A pandémie mondiale, combat commun nord-sud, est-ouest. Dans tous les pays (à ma connaissance) où se déploient des « solidarités par en bas », durant le confinement notamment, des initiatives similaires ont été prises pour aider les personnes isolées, les oubliées des mesures gouvernementales (sans-papiers...), assurer les besoins les plus élémentaires : les cantines populaires sont devenues un symbole de cette solidarité.

En Asie, les secteurs de la population concernés par la « marginalité » sont très nombreux. Les organisations de secours populaire ont dû réorienter leurs activités pour faire face à l’urgence : répondre aux besoins prioritaires (alimentaires, kits d’hygiène quotidienne, soutien psychologique ou pédagogique...). Elles ont utilisé pour cela leurs réseaux solidaires préexistants. Elles ont dû parfois suspendre à cette fin des programmes conçus sur plusieurs années, car elles travaillent dans des conditions souvent très difficiles qui limitent leurs possibilités.

Prenons l’exemple de la coalition MiHands à Mindanao (dans le sud des Philippines), qui coordonne un réseau d’une cinquantaine d’associations périodiquement mobilisées pour faire face à des désastres humanitaires de toutes natures. L’île est sous loi martiale. La police ou l’armée bénéficient d’une véritable immunité présidentielle. Les déplacements sont compliqués et le degré de « tolérance » des autorités (avec lesquelles il faut collaborer pour assurer l’aide) varie suivant les localités et les moments. Des conflits militaires sont en cours. Les territoires ancestraux des montagnards (lumad) sont particulièrement ciblés. Des entreprises convoitent leurs richesses (bois, minéraux) alors que ces communautés vivent en symbiose avec la forêt. Face à cette situation, les missions d’aide doivent se doubler de tentatives de résolution des conflits, avec l’appui d’une autre coalition progressiste. Rien n’indique que la situation va s’améliorer à l’avenir et les militants animant ces réseaux vivent un stress épuisant.

Nous menons un combat commun, mais dans des pays comme les Philippines, nos partenaires le poursuivent dans des conditions infiniment plus difficiles. Ils méritent notre soutien [5].

**Pierre Rousset**

---

## Notes

[1] Les données numériques ont été relevées le 13 juillet 2020. Elles changent quotidiennement).

[2] Pierre Rousset, ESSF (article 53564), [Covid-19 : le développement inégal et combiné de la pandémie](#) :  
<http://www.europe-solidaire.org/spip.php?article53564>)

[3] Disponible sur ESSF (article 54023), [Politiques sanitaires 2003-2020 \(Vietnam\) : « Les leçons du Sras n'ont pas été tirées » par l'OMS ou la France](#) :  
<http://www.europe-solidaire.org/spip.php?article54023>

[4] Chiffre donné par *Gavroche Thaïlande* le 29 mars 2020.

[5] Voir l'appel ESSF (article 53242), [Par temps de coronavirus, la solidarité s'accroît — Appel urgent aux dons pour les mouvements sociaux](#) :  
<http://www.europe-solidaire.org/spip.php?article53242>