

IBOGA



Revue scientifique des Jésuites de l'Afrique de L'Ouest **REVIEW**

Numéro 1 - Juillet 2020

L'Afrique



face à la pandémie de la COVID-19

ÉQUIPE ÉDITORIALE DE LA REVUE *IBOGA*

L'équipe éditoriale est constituée d'un comité de rédaction et d'un comité scientifique.

Le comité de rédaction : il est constitué de 7 membres (tous volontaires et disponibles) dont un représentant du CHU Le Bon Samaritain. Le comité de rédaction, en collaboration avec les membres du comité scientifique, est chargé d'harmoniser les critères de rédaction et de qualité d'un article. En tant que moteur de la revue, le comité de rédaction élabore la ligne éditoriale, valide ou rejette les articles, détermine les thèmes des publications, élabore l'argumentaire et communique avec la maison provinciale pour diffusion à toute la province. Il collecte aussi les contributions, les corrige et harmonise les textes avant de les envoyer aux membres du comité scientifique.

Le comité scientifique : il est constitué de plusieurs membres, volontaires spécialisés dans un domaine, ayant un Doctorat ou au moins un Master et ayant de l'expérience comme reviewer. Le comité scientifique est chargé de lire, corriger, évaluer et suggérer des améliorations pour la publication des articles. Ses membres sont tenus de respecter le code éthique de la revue afin d'éviter tout conflit d'intérêt pouvant porter préjudice à la qualité du jugement des articles. Il est important que les membres du comité scientifique fassent des suggestions concrètes en vue de l'amélioration des articles et non de leur rejet automatique. L'effort des compagnons contributeurs, ainsi que des laïques, sera tenu en compte au moment de la correction et de la validation des articles sans toutefois rabaisser le niveau d'exigence en matière de qualité.

ÉDITEUR: Province d'Afrique de l'Ouest (PAO)

COMITÉ DE RÉDACTION : Bertrand Bapoutou, S.J. (Coordinateur),
Fabrice Kameni, S.J., Kol Fils, S.J., Jean Baptiste Fongang, S.J.,
Raymond Tonleu, S.J., Habada Philippe K., S.J., Alain Pitti Djida, S.J., Yannick Essengue, S.J.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Théologie, Bible, Histoire de l'Église et la Compagnie:

Conrad Aurélien Folifack, S.J., Joachim Zoundi, S.J., Jean Luc Enyegue, S.J.

Philosophie:

François Xavier Akono, S.J., Raphael Bazebizonza, S.J.,

Aristide Dossou, S.J., Stephen Kizito Forbi, S.J.

Sciences sociales, humaines et politiques:

Ludovic Lado, S.J., Hermann Habib, S.J., Paul Émile Tang, S.J.

Sciences fondamentales et expérimentales:

Martin Claude Domfang, S.J., Jacquineau Azetsop, S.J.,

Boniface Mbouzao, S.J., Aubin Fossouo, S.J.

IBOGA



Revue scientifique des Jésuites de l'Afrique de L'Ouest

REVIEW

L'Afrique

face à la pandémie de la COVID-19



SOMMAIRE

SOMMAIRE P. 5

ÉDITORIAL:

IBOGA Review: un projet ignatien, jésuite et africain au service de la science et de l'Homme

LA Rédaction P. 7

CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES

CHAPITRE I

SARS-CoV-2 et la COVID-19 en Afrique : Comment lutter efficacement contre les Fake News ?

Wilfried S. Banaba, S.J. P. 13

CHAPITRE II

La COVID-19 en Afrique : résilience africaine et le cancer des poumons comme facteur de comorbidité permettant de comprendre la progression de la pandémie

Alain D. Pitti, S.J. & Armel F. Setubi, S.J. P. 27

RÉFLEXIONS LIBRES

CHAPITRE III

Pandémie de la COVID-19 et logiques sociales des gens d'“en-bas” en Afrique subsaharienne

Hermann-Habib Kibangou, S.J. P. 43

CHAPITRE IV

Prendre la COVID-19 en philosophe

Pr. Stephen Kizito Forbi, S.J. P. 55

CHAPITRE V

Le droit fondamental à la santé à l'épreuve de la COVID-19 en Afrique subsaharienne

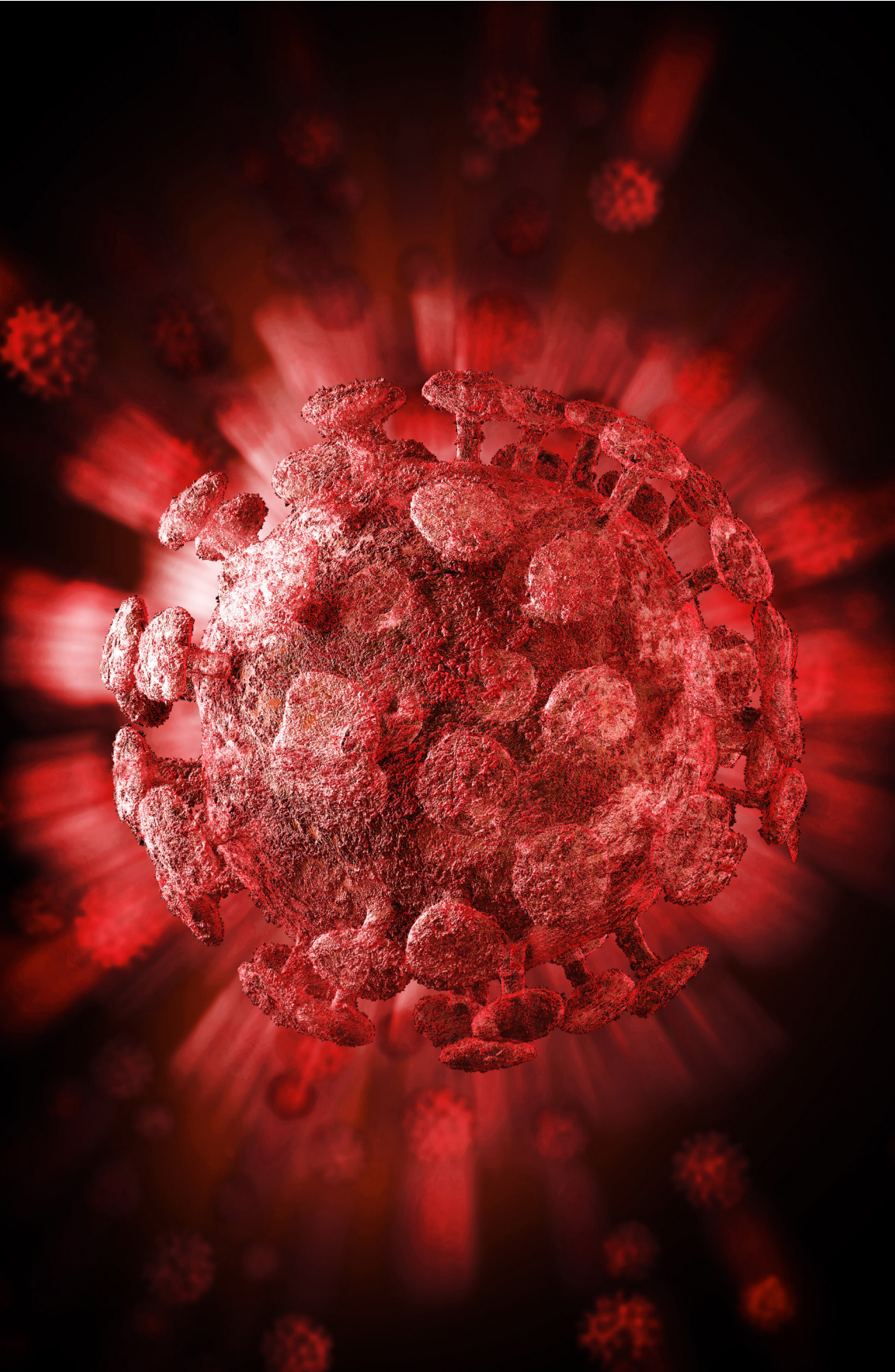
Augustin Koffi, S.J. P. 71

PROCHAIN NUMÉRO

APPEL À CONTRIBUTIONS:

L'Afrique face à la pandémie du COVID-19 (Deuxième partie)

La Rédaction P. 87



ÉDITORIAL

IBOGA Review: un projet ignatien, jésuite et africain au service de la science et de l'Homme

I*BOGA Review* est une revue scientifique (des sciences humaines et sociales, sciences expérimentales, physiques, mathématiques et sciences biomédicales) de la Province d'Afrique Occidentale. Elle est née du désir de certains compagnons scientifiques de la province de travailler et de collaborer ensemble à travers un échange de connaissances pour un plus grand éclairage de nos frères et sœurs africains, sans exclusion d'appartenance religieuse, politique ou de statut social, sur l'actualité scientifique en interaction avec les questions importantes de notre monde. En tant que pasteurs scientifiques, à l'exemple du Christ Bon Pasteur, nous avons la lourde responsabilité de prendre soin et de conduire les brebis sur les chemins de la vraie vie. Mus par ce désir profond de promouvoir la connaissance et le savoir qui mettent fin à l'ignorance et le mensonge, nous avons choisi de créer *IBOGA Review*.

Le siège de la revue se trouve au Complexe Hospitalo-Universitaire le Bon Samaritain de Ndjamena au Tchad. Elle se veut un espace ouvert à toute personne, religieux et laïques, désirant apporter une réflexion scientifique sur les grands sujets d'actualité qui affectent les sociétés Africaines et celles du monde entier afin d'éclairer l'opinion publique. *IBOGA Review* a donc pour mission d'ÉCLAIRER et d'apporter des CONNAISSANCES nouvelles à ceux et celles qui en ont besoin. Elle se veut scientifique à cause de la méthodologie scientifique employée dans la rédaction et l'évaluation des articles des contributeurs. De ce fait, elle ne saurait se limiter aux sciences expérimentales, mathématiques et physiques. Son caractère transversal et interdisciplinaire constitue un atout et une richesse. *IBOGA Review* se propose d'utiliser les méthodes scientifiques pour apporter de la lumière sur des thèmes d'actualités en utilisant un

langage simple et accessible à tous, en d'autres termes expliquer la complexité de la science dans un langage simple. Par conséquent, le public cible est constitué de toute personne capable de lire et écrire en français ou en anglais.

IBOGA Review existe avant tout pour le plus grand SERVICE de Dieu et des hommes et des femmes de notre monde en général et de notre continent africain en particulier. La Revue prétend réaliser ce plus grand service à travers le partage des connaissances qui conduiront vers le CHEMIN, la VÉRITÉ et la vraie VIE de l'Homme libre.

Les valeurs de la revue se résument en trois mots : Personne – Science – Excellence. En effet, *IBOGA Review* défend la Personne humaine, la Science et l'Excellence comme valeurs fondamentales pour la bonne réalisation de sa mission et sa vision. La Personne humaine est le centre de sa préoccupation majeure et tous les thèmes de publication seront orientés vers sa promotion et son développement intégral. La Science est l'outil et le langage universel qui lui permet de partager des connaissances à un plus grand nombre de personnes. L'Excellence (*Magis*) qui est une tension permanente vers le meilleur est une exigence jésuite inscrite dans l'ADN de *IBOGA Review* pour un plus grand Service.

Bien plus qu'une revue, *IBOGA Review* est un espace de collaboration entre les différentes institutions académiques de la Province d'Afrique Occidentale. De ce fait, elle souhaite faire la promotion des travaux de recherche des étudiants et professeurs de nos institutions académiques (l'UCAC-ICAM, l'UCAC-FSSG, CERAP, CEFOD-Business School et la future Université jésuite du Burkina Faso).

IBOGA Review est une revue dont les publications se font uniquement en ligne sous un support digital en occurrence PDF (Portable Document File) pour que le contenu soit accessible sur tous les environnements informatiques pour une distribution rapide, directe et facile pour un plus grand nombre de personne, sans limitation de frontière. Toutefois, les anciennes publications

seront accessibles en téléchargement libre et gratuit sur le site web en construction dédié à cet effet (<http://ibogareview.jesuitespao.com>).

Les publications thématiques se feront de façon semestrielle (chaque 6 mois) en fin Juin et en fin Décembre. Un numéro spécial pourrait aussi être publié en fonction du volume d'articles thématiques reçus pendant l'année. Les publications en réflexions libres se feront à la fin de chaque mois tout au long de l'année. De ce fait, tout contributeur (religieux et laïc) pourra publier son travail à n'importe quel moment de l'année. En résumé, la revue admettra trois types de publications :

- i) Publications thématiques sur des thèmes d'actualité (2 fois/an plus numéro spécial) et publications en réflexion libre (à la fin de chaque mois).
- ii) Publications des mémoires des étudiants jésuites de philosophie et théologie, ou en études spéciales. Les mémoires pourront être publiés en entier ou sous forme d'article.
- iii) Publications des mémoires des étudiants médecins et infirmiers du CHU le Bon Samaritain, de l'UCAC-FSSG, de l'UCAC-ICAM, du CERAP et du CEFOD-Business School arrivés en fin de cycle. Les mémoires pourront être publiés en entier ou sous forme d'article.

Pourquoi le choix du nom IBOGA pour notre revue ?

Le mot « IBOGA », ou encore « EBOGA », prend sa source dans la langue parlée par le peuple pygmée de la forêt gabonaise. Le mot est utilisé par les pygmées pour désigner une plante spéciale dont les valeurs spirituelles et les vertus thérapeutiques ont fait d'elle l'élément central du rite d'initiation chez les pygmées (Bwiti).

Sur le plan spirituel : selon les pygmées de la forêt, « IBOGA » signifie "Bois Sacré" ou encore "Arbre de la connaissance du Bien et du Mal". Le Bwiti en tant que rite d'ouverture à la connaissance de soi

et du monde a été récupéré par de nombreux groupes ethniques Fang au Sud du Cameroun, en Guinée Équatoriale et au Gabon. Le Bwiti n'est donc pas une religion, c'est un rite de passage, un chemin vers la connaissance profonde de l'être humain. Selon certains témoignages des initiés du Bwiti consultés par téléphone, l'IBOGA peut aider à connecter au subconscient et donner accès aux connaissances les plus enfouies du passé, du présent et même du futur.

Sur le plan thérapeutique : de son nom scientifique *Tabernanthe iboga*, l'IBOGA est une plante dont le principe actif est Ibogaïne (un alcaloïde psychoactif). L'Ibogaïne est une molécule à effet hallucinogène utilisée au Canada et au Mexique dans le traitement de l'addiction à la Cocaïne. Elle est interdite aux États Unis d'Amérique, en Australie et en Europe car considéré comme un stupéfiant. Après consommation d'Ibogaïne, cette dernière est transformée dans le foie en noribogaïne (12-hydroxyibogaïne). L'Ibogaïne et la noribogaïne ont des propriétés semblables. Toutefois, la noribogaïne demeure plus longtemps dans le corps. Son mécanisme d'action reste encore inconnu. Toutefois, de nombreux effets inhibiteurs ont été observés avec l'Ibogaïne : i) l'Ibogaïne agit comme antidépresseur en inhibant la réabsorption de la sérotonine¹; ii) l'Ibogaïne inhibe aussi le transport de la Dopamine². En effet, la consommation de cocaïne provoque une altération des niveaux de Dopamine, ce qui cause l'addiction. En rétablissant les niveaux de Dopamine dans le sang, l'Ibogaïne provoque ainsi une disparition de l'addiction aux drogues sans pour autant créer une nouvelle addiction ; iii) l'Ibogaïne inhibe les récepteurs acétylcholine nicotiques³. Les récepteurs acétylcholines sont impliqués dans l'addiction à la cigarette (nicotine). En bloquant les récepteurs acétylcholines, l'Ibogaïne entraîne un rétablissement

1 Baumann MH, Rothman RB, Pablo JP, Mash DC. In vivo neurobiological effects of ibogaïne and its O-desmethyl metabolite, 12-hydroxyibogaïne (noribogaïne), in rats. *J Pharmacol Exp Ther.* 2001; 297(2): 531-539.

2 Bulling S, Schicker K, Zhang YW, et al. The mechanistic basis for noncompetitive ibogaïne inhibition of serotonin and dopamine transporters. *J Biol Chem.* 2012;287(22):18524-18534. doi:10.1074/jbc.M112.343681.

3 Glick SD, Maisonneuve IM, Kitchen BA, Fleck MW. Antagonism of alpha 3 beta 4 nicotinic receptors as a strategy to reduce opioid and stimulant self-administration. *Eur J Pharmacol.* 2002;438(1-2):99-105. doi:10.1016/s0014-2999(02)01284-0.

des niveaux d'acétylcholine et l'interruption de l'addiction.

En définitive, les critères thérapeutiques, spirituelles et sa provenance Africaine ont guidé le choix d'IBOGA comme nom de notre Revue scientifique. Le nom « IBOGA » n'étant pas une marque déposée et après vérification en ligne, ne fait l'objet d'aucune revendication antérieure au présent document; il est donc libre d'utilisation. « IBOGA » compris comme "Bois sacrée" nous renvoie à la dimension spirituelle; et compris comme "Arbre de la connaissance du Bien et du Mal" nous renvoie à la dimension épistémologique et morale ou éthique qu'inspire l'usage de la plante.

Pour cette publication inaugurale, IBOGA Review se propose deux types de publications. La première dénommée "Contributions scientifiques" voudrait aborder des questions directement liées aux sciences expérimentales. La deuxième regroupe sous l'appellation « Réflexions libres » toutes les contributions de nature à explorer un domaine des sciences humaines ou tout simplement une prise de parole sur des questions d'ordre général.

Se voulant un projet scientifique, IBOGA Review est aussi un projet jésuite, car fondé par des jésuites et marqué de ce fait par cette empreinte. IBOGA Review est aussi un projet ignatien, dans la mesure où il se veut une continuité de l'héritage de Saint Ignace, fondateur de la Compagnie de Jésus. La spiritualité ignatienne ayant débordé le cadre jésuite, concerne ainsi toutes les familles spirituelles (laïques comme religieuses) se réclamant de Saint Ignace. La promotion de la foi et de la justice par la connaissance, le service de l'Homme et de la société sont donc l'âme même du projet IBOGA Review, ayant en esprit la devise de Saint Ignace : « Tout pour la plus grande gloire de Dieu et le salut du genre humain ».

Le genre humain est justement dans une situation plus qu'inconfortable depuis plusieurs mois, du fait de la crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. Une crise certes sanitaire mais qui du fait des restrictions quelle impose, a engendré une crise économique grave. L'Afrique relativement épargnée jusque-là du scénario hécatombe redouté, fait cependant face à une dégradation

continue de ses économies déjà fragiles. L'autre aspect de la crise sanitaire, est de révéler au grand jour les inégalités sociales, ceci accentué par la crise sociale qui résulta de l'assassinat de George Floyd aux États-Unis. À la crise sanitaire et économique, s'ajoutait alors une crise sociale dont les ondes de choc continuent encore de faire des vagues en Afrique.

La présente publication voudrait donc aborder dans sa rubrique des actualités scientifiques, une analyse de la structure scientifique du virus afin d'aider l'Afrique à faire face à la triste réalité des *Fake News*. La deuxième pour sa part, se propose d'examiner la résilience africaine de la crise sanitaire sur le plan biomédical, avec le cas du cancer des poumons. Dans la rubrique des réflexions libres, un sociologue milite pour l'amélioration de la condition des « gens d'en bas ». Un philosophe met la rationalité critique à l'épreuve des situations limites, interpellant de fait la responsabilité individuelle dans le processus de restauration de l'humanité blessée du fait de cette crise. Un juriste rappelle le droit fondamental à la santé et la responsabilité des États et des populations pour son effectivité.

Au moment où la science continue de (re)chercher ses marques au cœur de cette crise dont une deuxième vague est redoutée, au moment où la progression du virus bien que lente mais effective se poursuit en Afrique, *IBOGA Review* entend à nouveau faire le point sur la COVID-19 dans sa prochaine publication.

Nous tenons à adresser notre profonde gratitude aux autorités de la Compagnie de Jésus en Afrique de l'Ouest, représentées en la personne du Père Provincial, Mathieu Ndomba, S.J., pour avoir rendu possible la parution de ce premier numéro de la revue *IBOGA Review*. Notre gratitude va aussi vers les membres de notre comité scientifique pour leur disponibilité et assistance. *IBOGA Review* bien qu'étant une initiative jésuite est un bien pour l'Afrique et donc notre projet à tous et à toutes en tant fils et filles du continent.

La Rédaction

CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES

CHAPITRE I

SARS-CoV-2 et la COVID-19 en Afrique : Comment lutter efficacement contre les *Fake News* ?

Wilfried S. Banaba, S.J.

sb1700@georgetown.edu

<https://jesuits.georgetown.edu/wilfried-banaba/>

Doctorant en Biochimie et Biologie Moléculaire et Cellulaire à Georgetown University (USA), Département de Biochimie et de Biologie Moléculaire et Cellulaire. Spécialisation doctorale sur les Maladies Infectieuses (Parasitologie du Plasmodium falciparum), Membre de l'Association Américaine pour l'Avancement de la Science (AAAS), et Membre de New Academy of Science (NAS).

Reçu le 10 Juillet – Accepté le 16 Juillet 2020
Disponible en ligne à partir du 25 Juillet 2020:
<http://ibogareview.jesuitespao.com>

Résumé

Depuis le début de la crise sanitaire mondiale, de nombreuses informations n'ont cessé de circuler dans les réseaux sociaux à propos du coronavirus et de la COVID-19. La désinformation a largement contribué à créer un sentiment de peur et de panique dans le monde et particulièrement en Afrique. Cet article a pour but de lutter contre la désinformation. Nous présentons une synthèse de données scientifiques probantes sur la biologie du virus et sur la COVID-19 en vue d'aider à discriminer les *Fake News* cybernétiques déambulatoires de la vérité scientifique proprement dite.

Mots clés : SARS-CoV-2 ; COVID-19 ; Afrique ; *Fake News*

Abréviations

SARS-CoV: Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus.

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2 (cause la COVID-19).

COVID-19 : Coronavirus Disease 19 (issue de Wuhan, décembre 2019).

HCoV-19: Human Coronavirus 2019

MERS-CoV: Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus

HKU1: Human coronavirus strain HKU1

NL63 : Human coronavirus strain NL63

OC43 : Human coronavirus strain OC43

229E : Human coronavirus strain 229E

RBD : Receptor Binding Domain (Domaine de liaison du récepteur)

ACE2 : Angiotensin-converting enzyme 2 (Enzyme 2 de Conversion de l'Angiotensine).

S1/S2 : Spike (S) proteins 1 and 2 (Facilitent l'entrée du coronavirus dans la cellule cible)

RT-PCR : Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction.

ERC : Équipe de Recherche sur les *Coronaviridae*.

CITV : Comité International de Taxonomie des Virus.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization)

DPP4 : Dipeptidyl peptidase 4 enzyme.

Aperçu scientifique simplifié sur la pandémie de la COVID-19 : défis et espoirs

À l'état actuel de nos connaissances, et sur la base des publications de la communauté scientifique internationale, voici ce que nous pouvons communiquer à propos de la pandémie de la COVID-19 causée par SARS-CoV-2. Identifié et reporté pour la première fois en décembre 2019 à Wuhan (Province de Hubei en Chine), SARS-CoV-2 est depuis lors objet d'intenses investigations scientifiques en vue d'une réponse globale adéquate et salutaire pour toute l'humanité. SARS-CoV-2 est scientifiquement classé dans la sous-famille des *beta coronavirus* et est le septième coronavirus dans la grande famille des *coronaviridae*, de l'ordre des *nidovirales*, pouvant infecter les êtres humains. Ces sept types de coronavirus incluent en premier lieu SARS-CoV¹, MERS-CoV² et SARS-CoV-2³ qui peuvent causer de symptômes sévères dans les personnes humaines infectées. En deuxième lieu, il faut inclure HKU1, NL63, OC43 et 229E qui sont plutôt associés à de manifestations bénignes de la maladie dans les personnes humaines infectées. Ce qu'il convient de noter à ce stade, c'est que SARS-CoV-2 est phylogénétiquement proche de SARS-CoV (**Figure 1**) [1]. D'ailleurs, une étude scientifique de haute autorité[2] vient de démontrer que l'hypothèse la plus plausible de l'origine de SARS-CoV-2, loin d'être le fruit d'une manipulation de laboratoire, est soit (i) une sélection naturelle dans un animal hôte avant le transfert zoonotique à l'être humain, soit (ii) une sélection naturelle dans les êtres humains après le transfert zoonotique. Ce qui est actuellement sûr, c'est que le génome de SARS-CoV-2 est beaucoup plus similaire à celui de RaTG13 (séquence génétique obtenue à partir d'une espèce de coronavirus isolée de la chauve-souris *Rhinolophus affinis*).

1 SARS-CoV a été reporté pour la première fois à Guangdong (Chine) en 2002. Cette épidémie avait causé en 2003 la transmission humain-à-humain et avait résulté d'un taux de cas de fatalité d'environ 10%.

2 MERS-CoV a été reporté pour la première fois en Arabie Saoudite en juin 2012, avec une transmission personne à personne limitée, mais résultant sur un taux de cas de fatalité élevé d'environ 34.4%.

3 SARS-CoV-2, identifié et reporté à Wuhan (Chine) en décembre 2019, dépasse de loin SARS-CoV et MERS-CoV en termes de taux de transmissions. En la date du 20 juin 2020 (en l'espace de 7 mois), le monde compte plus de 8 525 000 cas confirmés de la COVID-19 dont 456 973 morts, soit un taux de cas de fatalité d'environ 5.4%.

Cette importante découverte a permis de révéler des marqueurs moléculaires essentiels aussi bien les mutations génétiques dans le domaine de liaison du récepteur (RBD) que ce qu'on appelle « le site de clivage polybasique S1/S2 ». La validation scientifique de ces deux éléments est, pour une part, la clé de voûte pour comprendre la virulence et la transmissibilité du SARS-CoV-2 des animaux aux êtres humains et entre les êtres humains eux-mêmes.

Ainsi, étant données la prédilection optimale et la complémentarité spécifique des couronnes de SARS-CoV-2 pour les récepteurs humains ACE2 (enzyme 2 de conversion de l'angiotensine), et prenant en compte, la certitude sur le site de clivage fonctionnel polybasique S1/S2 des couronnes de SARS-CoV-2 (connu sous le nom scientifique de *furin*), les simulations bioinformatiques et biochimiques permettent désormais de dénicher des stratégies probantes d'investigations scientifiques pour la prévention, le diagnostic, et le traitement contre la COVID-19. Les scientifiques du monde entier, avec diverses approches d'investigations et sur divers domaines de spécialités, sont à pied d'œuvres pour venir à bout de ce défi mondial.

Dans ce sens, les technologies de diagnostic moléculaire sur la base de la technique de transcription inverse et de la réaction de polymérase en chaîne (RT-PCR), incluant le diagnostic automatique à grande échelle de LaRoche Company ainsi que de récentes innovations en diagnostic sérologique rapide ont permis de booster les détections probantes de la maladie dans d'innombrables personnes, aussi bien asymptomatiques que symptomatiques, pour une prise en charge médicale plus efficace et sereine. Les recherches de laboratoires et les nombreux essais cliniques ont permis de dénicher plusieurs essais de traitements qui nourrissent l'espoir thérapeutique d'une humanité en détresse. Sur ce sujet, la littérature scientifique abonde sur la *Chloroquine*[3], l'*Hydroxychloroquine* en combinaison avec l'*Azithromycine* (trouvaille controversée de l'équipe de recherche du Pr. Didier Raoult, en France[4][5]), sur le *Remdesivir*⁴ (un inhibiteur assez puissant et injectable contre la réplication de SARS-CoV-2), sur le *Dexamethasone*[6], ect. Par ailleurs, d'autres essais cliniques, tels que *CHLORAZ* et *API-COVID-19 (APIVIRINE)* au Burkina Faso⁵ et

4 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/therapeutic-options.html>.

5 Communiqué de Presses du Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche

au Bénin, sont en cours pour valider des thérapies probantes contre ce nouveau virus pandémique. Des essais cliniques phase 2 de prophylaxie sont en cours en vue d'une validation très attendue de vaccins⁶[7] anti-SARS-CoV-2.

Tout laisse donc à croire qu'il y a de l'espoir pour une victoire future contre la COVID-19 et ses effets socio-économiques accablants, du moins, à en croire les données scientifiques disponibles.

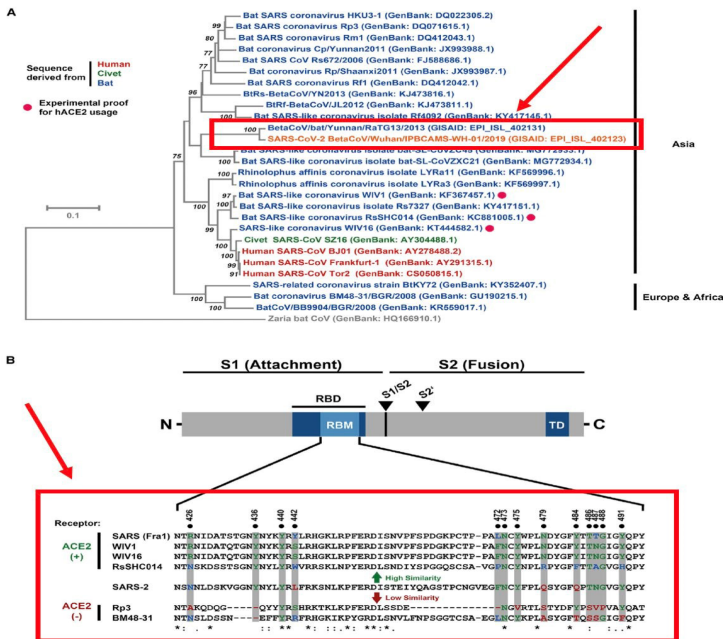


Figure 1: Adapté sans permission de Hoffmann *et al.* 2020. Proximité phylogénétique de COVID-19 et SARS-CoV et de leur récepteur commun ACE2. (A) La protéine S de SARS-CoV-2 s'assemble phylogénétiquement avec les protéines S de plusieurs bétacoronavirus isolés à partir de la chauve-souris. (B) Alignement du motif de liaison du récepteur de SARS-S avec les séquences correspondantes des protéines S des bétacoronavirus isolés de la chauve-souris, selon deux catégories : les virus qui peuvent ou ne peuvent pas utiliser le récepteur humain ACE2. Cet alignement possède des résidus d'acides aminés cruciaux pour la liaison avec le récepteur humain ACE2.

Figure 1: Adapté sans permission de Hoffmann et al. 2020. Proximité phylogénétique de SARS-CoV-2 et SARS-CoV et de leur récepteur commun ACE2. (A) La protéine S de SARS-CoV-2

scientifique et de l'innovation (MESRSI) du Burkina Faso, Ouagadougou 26 mars 2020. <https://lefaso.net/spip.php?article95748>.

6 Au moins 10 candidats de vaccin anti-COVID-19 sont sur la bonne voie en vue de résultats probants les mois à venir.

s'assemble phylogénétiquement avec les protéines S de plusieurs bêtacoronavirus isolés de la chauve-souris. (B) Alignement du motif de liaison du récepteur de SARS-S avec les séquences correspondantes des protéines S des bêtacoronavirus isolés de la chauve-souris, selon deux catégories : les virus qui peuvent ou qui ne peuvent pas utiliser le récepteur humain ACE2. Cet alignement révèle que la séquence protéique S de SARS-CoV-2 possède des résidus d'acides aminés cruciaux pour la liaison avec le récepteur humain ACE2.

Une synthèse sur la biologie du Coronavirus

Diverses appellations du même virus

Depuis l'apparition du nouveau virus en Chine, la communauté scientifique internationale l'a identifié et nommé par divers noms équivalents. Parmi ces noms, on peut retenir les suivants :

- 2019 nouveau coronavirus (2019-nCoV)
- *Human coronavirus 2019* (HCoV-19)
- *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) et qui se traduit en français « Syndrome respiratoire aigu sévère à coronavirus 2 (SRAS-CoV-2) ».
- Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)

Chronologiquement, il convient de noter que c'est 2019-nCoV qui a été rebaptisé, d'une part, SARS-CoV-2 par l'équipe de recherche des *coronaviridae* (ERC) affiliée au comité international de taxonomie des virus (CITV), et d'autre part, HCoV-19 par un groupe de chercheurs chinois. Finalement, le nom COVID-19 a été donné par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en référence à la maladie que cause le virus SARS-CoV-2[8].

Biologie du coronavirus et ses récepteurs d'entrée

Sur la base des connaissances actuelles, on peut retenir les informations suivantes à propos de la biologie de SARS-CoV-2. Un coronavirus, et donc SARS-CoV-2, est composé essentiellement de 4 protéines structurales : (i) une couronne (protéine S), (ii) une enveloppe (protéine E), (iii) une membrane (protéine M), (iv) et une nucléocapside (protéine N). (Voir Figure 2[9]).

De ces quatre protéines, la protéine S est la plus directement impliquée dans le processus d'attachement, de fusion et d'entrée du virus dans les cellules humaines cibles. En cela, la protéine S est une cible potentielle pour le développement d'anticorps thérapeutiques, d'inhibiteurs d'entrée du coronavirus, mais aussi de vaccin antiviral[1].

En fait, la protéine S facilite l'entrée de SARS-CoV-2 dans la cellule hôte par un mécanisme[9] qui, en premier lieu, consiste en un attachement physique de la protéine S du virus au RBD au niveau de la portion S1 du site polybasique de clivage. Puis, en deuxième lieu, le mécanisme se poursuit par une fusion rapide de la membrane de SARS-CoV-2 (protéine E) avec celle de la cellule hôte par l'entremise de la portion S2 du site polybasique de clivage. Un tel mécanisme d'entrée n'est possible que si et seulement si il y a reconnaissance et complémentarité de liaison entre la protéine S et le récepteur humain de la cellule hôte. Ainsi, par exemple, les RBDs de SARS-CoV et de MERS-CoV reconnaissent des récepteurs différents. Alors que MERS-CoV reconnaît et se lie au récepteur dipeptidyl peptidase 4 (DPP4), SARS-CoV reconnaît et s'attache au récepteur humain ACE2. La protéine S de SARS-CoV-2 reconnaît et s'attache plus spécifiquement et de manière optimale au même récepteur humain ACE2. De source sûre, il existe d'autres récepteurs humains par lesquelles le SARS-CoV-2 pourrait entrer dans la cellule hôte, du moins, lors d'une réinfection. A l'état actuel de la recherche, nous pouvons citer au moins 4 récepteurs d'entrée additionnels incluant CD147, GRP78, CD209 et CD299[10]. L'existence de ces récepteurs justifie la possibilité d'une ou plusieurs réinfections et pose le défi d'une plus grande sévérité de symptômes lors de la réinfection en raison de l'activation d'une crise cytokine mais le virus semble avoir une affinité plus optimale pour le récepteur ACE2. La littérature scientifique disponible jusque-là abonde dans le sens de la validation du récepteur ACE2 comme condition de possibilité par excellence de la survie et de la réplication du virus dans la cellule hôte (Voir Figure 3).

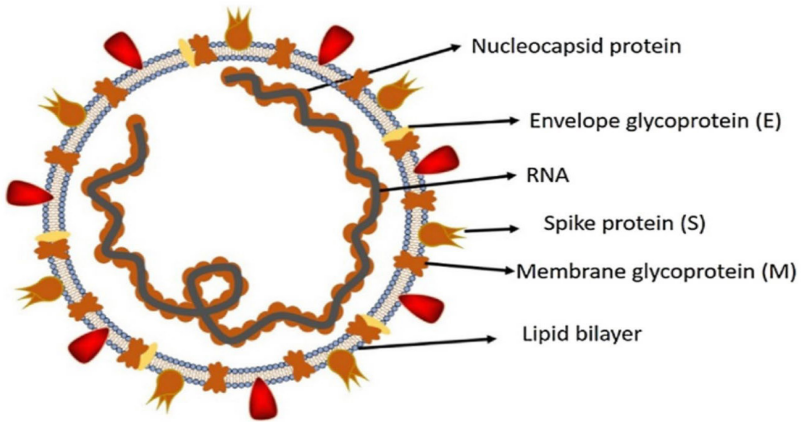


Figure 2: Structure Biologique de SARS-CoV-2 causant la COVID-19 (Muhammad AS, et al. 2020) (7)

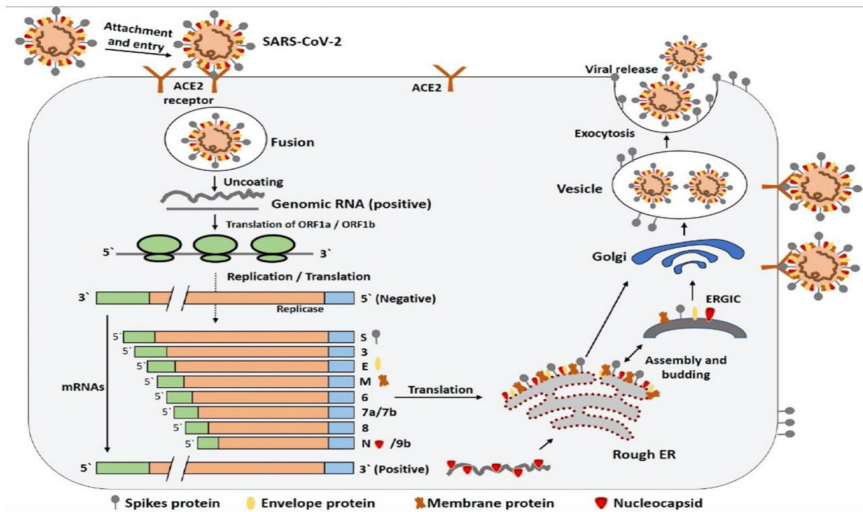


Figure 3: Mécanisme d'entrée et de répliation de SARS-CoV-2 dans la cellule humaine hôte (Muhammad AS, et al. 2020) (7).

OMS : Rapport pandémique pour la région d'Afrique et du monde en la date du 20/06/2020⁷

Au regard des rapports situationnels de l'OMS sur la pandémie de la COVID-19 en Afrique (Tables 1&2 ; Figure 4 & 5) et dans les autres continents (Table 2 ; Figure 4 & 5), il convient d'observer qu'en la date du 20/06/2020, soit 6 mois après le surgissement du virus à Wuhan, la situation générale de l'Afrique est restée la meilleure et n'est pas du tout alarmante comparativement au reste du monde, et cela se confirme sur toute l'étendue du continent. Sur la base des données empiriques fournies par l'OMS en la même date, le pays le plus affecté en Afrique est l'Afrique du Sud qui compte 87 715 cas et 1831 morts. Cela est de loin moins alarmant que par exemple les USA qui comptent en cette même date 2 172 212 cas dont 118 205 morts. Cependant, en solidarité avec le monde entier en détresse, l'Afrique doit demeurer vigilante et combattante pour contenir l'expansion du COVID-19 par la mitigation, le confinement et le respect des consignes de l'OMS et des ministères de santé publiques des pays respectifs. Qu'elle garde l'espoir de jours meilleurs et d'une victoire future contre la COVID-19. Que cessent les discours parfois trop alarmants et infondés pour favoriser une réponse solidaire, vigoureuse et soutenue contre la COVID-19 tout en privilégiant les solutions endogènes africaines par les Africains et pour les Africains. Combattons tous ensemble le refus de la réflexion et la facilité du transfert des faussetés cybernétiques déambulatoires pour laisser émerger le génie africain de la créativité et de l'innovation. C'est seulement à ce prix que l'Afrique se libérera définitivement du joug des puissances extérieures pour s'autodéterminer vis-à-vis de son destin. Il faut surtout mettre l'accent sur la fondation de laboratoires de diagnostic et de recherche dignes pour favoriser la réponse scientifique africaine non seulement à la COVID-19 mais aussi à toutes les maladies infectieuses et chroniques qui minent le continent.

Table 1: Rapport situationnel de la pandémie de la COVID-19 en Afrique. Données actualisées le 20/06/2020. (WHO Reports 152, 2020).

⁷<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

Reporting Country/ Territory/Area	Total confirmed cases	Total confirmed new cases	Total deaths	Total new deaths	Transmission classification ¹	Days since last reported case
Africa						
South Africa	87 715	3 825	1 831	94	Community transmission	0
Nigeria	19 147	667	487	12	Community transmission	0
Ghana	13 203	274	70	4	Community transmission	0
Algeria	11 504	119	825	14	Community transmission	0
Cameroon	10 638	774	282	6	Community transmission	0
Côte d'Ivoire	6 874	430	49	0	Community transmission	0
Senegal	5 639	164	79	3	Community transmission	0
Democratic Republic of the Congo	5 476	194	121	5	Community transmission	0
Guinea	4 904	63	27	1	Community transmission	0
Kenya	4 374	117	119	2	Community transmission	0
Gabon	4 340	0	32	0	Community transmission	1
Ethiopia	4 070	116	72	7	Community transmission	0
Central African Republic	2 605	0	19	0	Community transmission	1
Mauritania	2 424	201	97	2	Clusters of cases	0
Mali	1 923	17	108	1	Community transmission	0
South Sudan	1 830	17	32	1	Clusters of cases	0
Guinea-Bissau	1 512	0	16	0	Community transmission	1
Madagascar	1 443	40	13	0	Clusters of cases	0
Zambia	1 430	14	11	0	Community transmission	0
Sierra Leone	1 298	26	53	2	Community transmission	0
Equatorial Guinea	1 043	0	12	0	Community transmission	27
Niger	1 026	6	67	0	Community transmission	0
Burkina Faso	901	2	53	0	Community transmission	0
Congo	883	0	27	0	Community transmission	4
Chad	858	4	74	0	Community transmission	0
Cabo Verde	848	25	8	1	Clusters of cases	0
Uganda	823	0	0	0	Sporadic cases	6
Mozambique	668	6	4	0	Clusters of cases	0
Rwanda	661	15	2	0	Sporadic cases	0
Benin	650	53	11	0	Community transmission	0
Malawi	648	56	8	0	Clusters of cases	0
Eswatini	623	37	4	0	Clusters of cases	0
Liberia	581	39	33	0	Community transmission	0
Togo	555	11	13	0	Community transmission	0
United Republic of Tanzania	509	0	21	0	Community transmission	43
Zimbabwe	479	16	4	0	Sporadic cases	0
Sao Tome and Principe	388	0	10	0	Clusters of cases	2
Mauritius	337	0	10	0	Clusters of cases	14
Comoros	210	0	5	0	Community transmission	1
Angola	166	0	8	0	Clusters of cases	1
Eritrea	142	0	0	0	Sporadic cases	1
Burundi	104	0	1	0	Clusters of cases	4
Botswana	89	10	1	0	Clusters of cases	0
Namibia	45	6	0	0	Sporadic cases	0

Gambia	36	0	1	0	Sporadic cases	1
Seychelles	11	0	0	0	Clusters of cases	74
Lesotho	4	0	0	0	Sporadic cases	16
<hr/>						
Saudi Arabia	150 292	4 301	1 184	45	Clusters of cases	0
<hr/>						
Morocco	9 613	539	213	0	Clusters of cases	0
Sudan	8 416	396	513	26	Community transmission	0
Djibouti	4 565	8	45	2	Clusters of cases	0
Somalia	2 719	0	88	0	Sporadic cases	1
<hr/>						
Tunisia	1 146	14	50	0	Community transmission	0
<hr/>						
Libya	520	10	10	0	Clusters of cases	0

Table 2: Rapport situationnel sur la pandémie de la COVID-19 dans le monde. 20/06/2020 (WHO Report 152, 2020).

Situation in numbers (by WHO Region)

Total (new cases in last 24 hours)

Globally	8 525 042 cases (138 980)	456 973 deaths (6 271)
Africa	208 535 cases (7 357)	4 750 deaths (155)
Americas	4 163 813 cases (71 287)	215 903 deaths (3 386)
Eastern Mediterranean	878 428 cases (21 778)	19 560 deaths (519)
Europe	2 509 750 cases (18 313)	192 645 deaths (1 726)
South-East Asia	560 285 cases (19 244)	16 814 deaths (454)
Western Pacific	203 490 cases (1 001)	7 288 deaths (31)

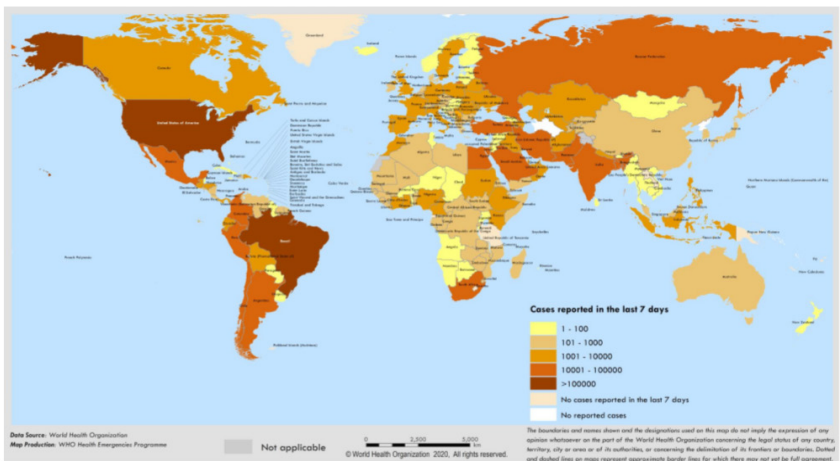


Figure 4: Situation épidémiologique de COVID-19 dans le monde en date du 20/06/2020 (WHO Report 152, 2020).

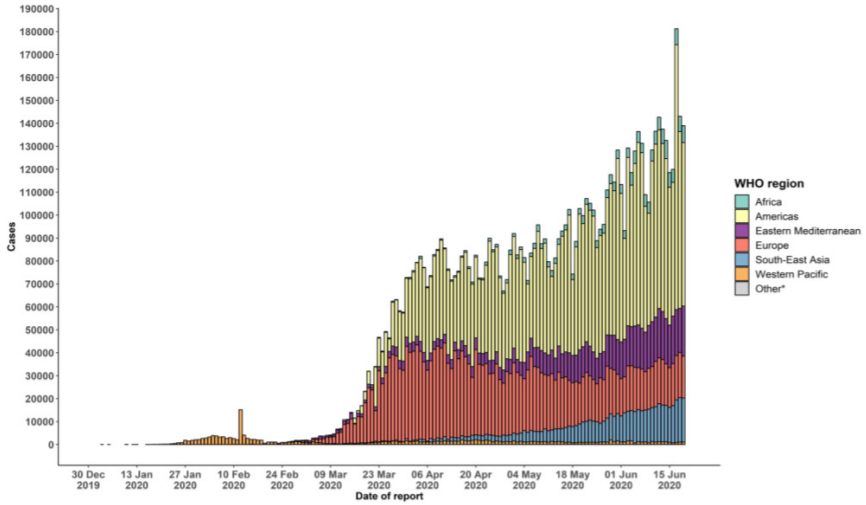


Figure 5: Courbe pandémique de COVID-19. 20/06/2020 (WHO Report 152, 2020)

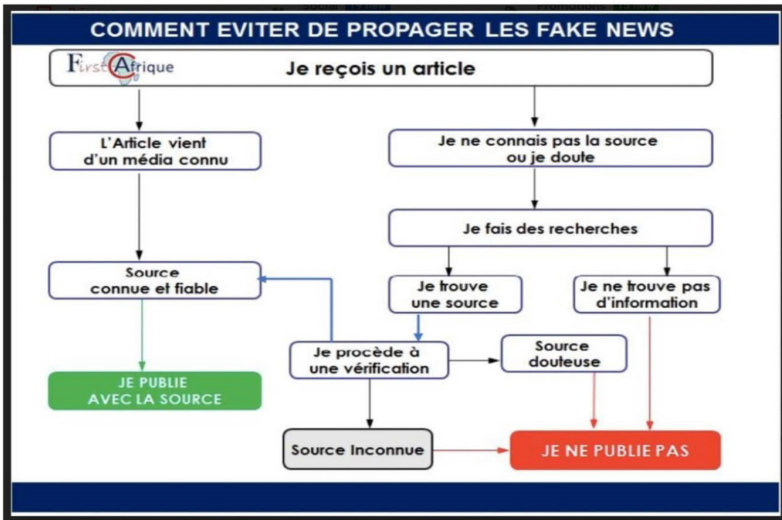


Figure 6: Schéma pratique de discrimination des Fake News (Emprunté de FirstAfrique).

Conclusion : stratégies pratiques dérivant de cette réflexion

La pandémie du COVID-19 a occasionné une recrudescence de *Fake News* de divers types qui circulent dans les réseaux sociaux et qui contribuent non seulement à la désinformation du continent africain, mais surtout à répandre panique et dépression parmi les peuples africains. Ici, dans cet article, nous avons offert une synthèse des connaissances scientifiques actuelles sur le nouveau coronavirus et la maladie qu'il cause. Nous avons démontré à partir de la littérature scientifique disponible d'innombrables domaines d'investigations prophylactiques, diagnostiques, et thérapeutiques. De telles connaissances, par elles-mêmes, participent efficacement à lutter contre les *Fake News* en Afrique et à aguerrir les africains contre les pratiques prophylactiques ou thérapeutiques dégradantes sur les peuples africains. Les instances de bioéthique internationale et surtout celles africaines doivent veiller à protéger ce continent du théâtre et du danger de la manipulation étrangère et des lobbyings des grandes puissances. Ce cri de cœur, s'accompagne déjà d'un schéma pratique d'évincement de la désinformation et des *Fake News* cybernétiques déambulatoires (cf. Figure 6).

Références

- 1 Markus, H., Hannah, K.-W., Simon, S., Nadine, K., Tanja, H., Sandra, E., Tobias, S. S., Herrler, G., Nai-Huei, W., Andreas, N., et al. (2020) SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by clinically proven Protease inhibitor. *Cell* 1–10.
- 2 Kristian, A. G., Andrew, R., W Ian, L., Edward C, H. and Robert F, G. (2020) The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med* 4, 450–452.
- 3 Martin, J. V., Eric, B., Suzanne, B., Bobbie R, E., Pierre E, R., Thomas G, K., Nabil G, S. and Stuart T, N. (2005) Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread. *Virol J* 69.

- 4 Philippe, G. and Al, E. (2020) Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *Int. J. Antimicrob. Agents*.
- 5 Jia, L., Ruiyuan, C., Mingyue, X., Xi, W., Huanyu, Zhang, 4, Hengrui, H., Yufeng, L., Zhihong, H., Zhong, W. and Wang, & M. (2020) Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS-CoV-2 infection in vitro. *Cell Discov.* 6.
- 6 Horby, P., Lim, W. S., Emberson, J., Mafham, M., Bell, J., Linsell, L., Staplin, N., Brightling, C., Ustianowski, A., Elmahi, E., et al. (2020) Effect of Dexamethasone in Hospitalized Patients with COVID-19: Preliminary Report. *medRxiv* 1–24.
- 7 Jeff, C. (2020) COVID-19 vaccine tracker. *Regul. Focus*.
- 8 Wanbo, T., Lei, H., Xiujuan, Z., Jing, P., Denis, V., Shibo, J., Zhou, Y. and Du, L. (2020) Characterization of the receptor-binding domain (RBD) of 2019 novel coronavirus: implication for development of RBD protein as a viral attachment inhibitor and vaccine. *Cell. Mol. Immunol.* 613–620.
- 9 Muhammad, A. S., Suliman, K., Abeer, K., Nadia, B. and Rabeea, S. (2020) COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *J. Adv. Res.* 24, 91–98.
- 10 Wang, K., Chen, W., Zhou, Y.-S., Lian, J.-Q., Zhang, Z., Du, P., Gong, L., Zhang, Y., Cui, H.-Y., Geng, J.-J., et al. (2020) SARS-CoV-2 invades host cells via a novel route: CD147-spike protein. *bioRxiv* 2020.03.14.988345.

CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES

CHAPITRE II

La COVID-19 en Afrique : résilience africaine et le cancer des poumons comme facteur de comorbidité permettant de comprendre la progression de la pandémie

Alain D. Pitti^a S.J., Armel F. Setubi^b S.J.

alainpittid@iqs.url.edu

web :www.iqs.edu

setubisaint@gmail.com

^a*Doctorant en chimie et ingénierie chimique. Laboratoire d'ingénierie moléculaire, IQS School of Engineering, Université Ramon Llull, Barcelone, Espagne.*

^b*Département d'Épidémiologie et de Biostatistiques, Université Saint Louis, School for Public Health and Social Justice, STL, USA.*

Reçu le 10 Juin – Accepté le 20 Juin 2020

Disponible en ligne à partir du 25 Juillet 2020:

<http://ibogareview.jesuitespao.com>

Résumé

Contexte : La pandémie de la COVID-19 continue de causer beaucoup de décès dans le monde. En plus des dégâts humains et économiques causés par cette pandémie, des questions importantes se posent aujourd'hui quant à la différence entre l'Afrique et d'autres continents au niveau de la progression et des impacts de la pandémie. Comparativement aux autres continents, l'Afrique présente une toute autre dynamique du point de vue de la létalité du virus, de la capacité des personnes infectées à recouvrer la santé et des cas de décès. Notre hypothèse est que certains facteurs comme le cancer des poumons (facteur de comorbidité) ainsi que d'autres facteurs comme la démographie, l'expérience africaine en termes de gestion des épidémies et la prompte action des différents gouvernements africains pourraient expliquer une telle différence.

Méthode : Des données officielles de l'OMS sont collectées pour permettre de comparer et de contraster les différences en termes

de taux d'incidence, de létalité, de récupération et les cas de décès en Afrique, en Asie, en Amérique Latine, en Océanie, en Amérique du Nord et en Europe. Des données provenant de *Worldometer* sur la COVID-19 sont utilisées en complément. La version Excel 2016 de Windows est utilisée pour les calculs et la génération des graphs.

Résultats : L'évaluation des données montre que l'Afrique présente un taux de létalité assez faible en comparaison à l'Europe et l'Amérique du Nord. Ceci vaut aussi pour le nombre de cas actifs, et des situations critiques.

Conclusion : Les différences sensibles entre l'Afrique et d'autres continents spécialement l'Europe et l'Amérique du Nord en termes de progression et d'impact de la pandémie peuvent être attribuées au cancer des poumons qui est un des facteurs de comorbidités, et à d'autres facteurs comme la démographie, l'expérience africaine en termes de gestion des épidémies et de la prompte action des différents gouvernements africains.

Mots Clés : COVID-19, pandémie, démographie, facteurs de comorbidités, taux de létalité, gouvernance, Afrique.

Introduction

Le premier cas de COVID-19 a été enregistré sur le continent africain le 14 février 2020 en Égypte [1]. Depuis cette date la maladie s'est progressivement répandue dans plusieurs autres pays africains. Trois mois après le supposé début de l'épidémie en Afrique, il convient de faire le point sur la progression et la distribution de la COVID-19 sur le continent.

Alors que la pandémie sévissait en Occident, plusieurs organisations, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ainsi que de nombreux médias européens n'ont cessé de prédire un scénario catastrophique pour l'Afrique, qui s'estimait entre 300 000 et 3.3 millions de morts [2]. Ces organisations basaient leur prédiction sur le mauvais état des infrastructures sanitaires, la carence en matériels pour la prise en charge des personnes infectées et pour la protection du personnel soignant, la faible capacité de mise en œuvre d'une riposte adéquate, l'état de pauvreté et de promiscuité dans lesquelles vivent de nombreuses populations africaines, et l'incapacité de mettre en œuvre un confinement effectif [2]. Melinda Gates est allée jusqu'à déclarer que les rues africaines seront bondées de morts [3]. Cependant, l'Afrique est jusqu'à présent loin de la

catastrophe prédite. Certains ont mis en avant des hypothèses pour expliquer la différence dans l'avancée de la pandémie en Afrique par rapport aux autres continents. Un exemple est l'argument climatique. D'autres commentaires à connotation raciale indiquaient que les Noirs ont une certaine immunité à la COVID-19, une position qui a été contredite par plusieurs chercheurs [4].

À l'état actuel de l'évolution de la pandémie au niveau mondial, il est difficile de comprendre pourquoi le continent supposé le plus « pauvre » résiste le plus à la COVID-19. Le faible taux de mortalité des personnes infectées en est une preuve. L'évaluation des données épidémiologiques de différents continents et du profil de santé de ces différentes populations pourraient fournir des pistes pour mieux appréhender la capacité de résistance.

Clarification des concepts

Endémie: On parle généralement d'endémie lorsqu'une maladie infectieuse ou transmissible habituelle persiste dans une zone géographique donnée. Cette maladie est dans ce cas connue et signalée. Elle sévit dans la région en permanence et de manière latente et touche une proportion considérable de la population. Le paludisme est un exemple de maladie endémique dans beaucoup de pays africains [5].

Épidémie: Une épidémie est par contre une propagation rapide d'une maladie infectieuse ou transmissible dans une zone géographique donnée, avec un taux d'infection augmentant plus ou moins rapidement. Cette notion a d'abord été utilisée dans le cas des maladies infectieuses transmissibles pour après être appliquée à d'autres genres de maladies en occurrence celles causées par des intoxications et des carences. On peut parler par exemple d'épidémie de choléra ou de grippe dans une région, ou encore du suicide comme épidémie dans beaucoup de pays occidentaux [5].

Pandémie: Une pandémie pour sa part désigne une épidémie qui traverse les frontières des pays pouvant ainsi se répandre sur un continent et dans le monde entier. Une pandémie peut aller jusqu'à toucher des millions de personnes à travers le monde quand celles-ci ne sont pas immunisées. La COVID-19 et le VIH-SIDA sont considérés comme des pandémies [5].

Incidence: Le taux d'incidence exprime le nombre de nouveaux cas de malades ou d'infections au sein d'une population à risque d'une maladie pendant une période de temps définie [6]. Le taux de mortalité qui est le nombre de décès au sein d'une population se distingue du taux de létalité qui correspond au nombre de décès parmi les personnes ayant une maladie ou une condition spécifique. Dans le cas d'une pandémie comme celle de la COVID-19 l'indicateur que nous allons utiliser pour mesurer l'impact de la maladie en Afrique est le taux de létalité [6].

Méthode

Les données obtenues sur la COVID-19 proviennent du site officiel de l'OMS. Ces données sont collectées et transmises à l'OMS par les différents gouvernements. Elles sont corroborées par celles publiées par *Worldometer* sur son site officiel. Nous avons choisi un échantillon de données correspondant à une période de 3 mois c'est-à-dire entre le 14 février et le 27 mai 2020. Les pourcentages du taux de létalité et de récupération ont été calculés sur une période de 88 jours (3 mois) après l'identification du premier cas d'infection à la COVID-19 en sol africain de même pour les situations légères et les situations critiques.

Les chiffres représentant le nombre de cas actifs, de décès, de guérisons, le nombre total de cas, les pourcentages de situations légères, de situations critiques, de létalités, et de récupérations sont évalués dans la table de description statistique. Cette évaluation comparative permet d'avoir une idée globale de la répartition de la COVID-19 à travers le monde. Le logiciel Microsoft Office Excel 2016 a été utilisé pour cette étude et a permis de générer le tableau et les graphiques à barres qui comparent les cas actifs, les décès, les guérisons et les totaux des cas par continent. Les courbes générées quant à elles permettent de visualiser la progression des taux de létalités et de récupérations dans les pays africains.

Étant donné l'impossibilité d'avoir des chiffres plus exacts sur l'incidence de la COVID-19 en Afrique et ailleurs, une attention spéciale est portée sur les cas de décès et le nombre de personnes guéries de la maladie. L'évolution des décès et des guérisons permet d'éclairer la distribution épidémiologique de la pandémie. Cette évolution permet aussi d'avoir une idée sur l'efficacité des mesures barrières prises par

les différents gouvernements africains pour faire face à la COVID-19. Cette étude comparative a pour but de mettre en exergue les données épidémiologiques sur la COVID-19 en Afrique en comparaison avec les données des autres continents.

Résultats

La table 1 met en évidence les totaux de cas actifs, de décès, de guérison, de situation légère, de situation critique ainsi que les taux de létalité et de récupération. L'Océanie enregistre le plus bas nombre du total d'infections, suivi de l'Afrique. L'Océanie enregistre aussi un faible taux de létalité, suivi de l'Afrique et de l'Asie.

Table 1. Description statistique de la progression de la COVID-19 sur 6 continents

Afrique	Cas actifs	Décès	Guérison	Total cas	Situation légère	Situation critique	Taux de létalité	Taux de récupération
Afrique subsaharienne	50164(6%)	1981(2%)	35900(41%)	88045	49891(56%)	273(0.3%)	2%	41%
Afrique du Nord	20141(53%)	1729(4%)	16723(43%)	38593	20065(52%)	75(0.2%)	4%	43%
Niveau mondial Afrique	70305(56%)	3710(3%)	52623(42%)	126638	69956(55%)	349(0.3%)	3%	42%
Europe	847891(43%)	170631(9%)	931561(48%)	1950083	838514(99%)	9377(1%)	9%	48%
Amérique du Nord	1223953(63%)	118346(6%)	610327(31%)	1952626	120564(43%)	18312(0.9%)	6%	31%
Amérique Latine	396702(55%)	35430(5%)	287501(40%)	719633	385667(54%)	11035(1.5%)	5%	40%
Asie	393410(38%)	28681(3%)	604064(59%)	1026155	379661(37%)	13749(1.3%)	3%	59%
Océanie	494(6%)	124(1%)	8129(93%)	8747	488(5.6%)	6(0.0%)	1%	93%

En faisant référence aux guérisons, l'Afrique compte 52623(42%), l'Europe 931561(48%), l'Amérique du Nord 610327(31%), l'Amérique Latine 287501(40%), l'Asie 604064(59%) et 8129(93%) en Océanie. En faisant référence aux décès, l'Afrique enregistre 3710(3%), l'Europe 931561(48%), l'Amérique du Nord 118346(6%), l'Amérique Latine 35430(5%), l'Asie 28681(3%) et l'Océanie 124(1%). Quant aux taux de létalité, il est de 3% en Afrique, 9% en Europe, 6% en Amérique du Nord, 5% en Amérique Latine, 3% en Asie et 1% en Océanie. Le taux de récupération est de 42% en Afrique, 48% en Europe, 31% en Amérique du Nord, 40% en Amérique Latine, 59% en Asie et 93% en Océanie. Il est important de noter que le nombre de cas actifs sur le total des cas enregistrés en Afrique est de 70305,

tandis qu'il est de 847891 en Europe, 1223953 en Amérique du Nord, 396702 en Amérique Latine, 393410 en Asie et 494 en Océanie.

Discussion et interprétation

Le taux de létalité exprime la proportion des personnes décédées d'une condition bien définie (COVID-19 dans ce cas) par rapport au nombre de personnes souffrant de cette condition. On observe qu'avec un taux de létalité de 3% l'Afrique est l'un des continents les moins affectés par la pandémie. Le taux de létalité en Afrique est particulièrement faible comparé à celui de l'Europe et de l'Amérique du Nord. Le grand nombre de décès parmi les personnes infectées en Europe et en Amérique du Nord peut être en partie expliqué par les facteurs de comorbidités et la démographie étant donné que l'âge moyen en Europe est 42.5 ans, 38.3 ans aux USA et seulement 19.7 ans en Afrique [7].

Au niveau mondial, le taux de létalité moyen à la date du 27 mai 2020 est de 6.11% et le taux de récupération moyen des malades est de 43.85% [8]. A la fin du mois de mai 2020, le monde entier comptait 2 968 686 millions de cas actifs sur un total de 5 933 322 millions de cas diagnostiqués et confirmés. 362 629 décès ont été enregistré et 2 602 007 personnes ont guéri de la maladie. Ayant dépassé la barre des 126 000 cas diagnostiqués et confirmés (Figure 3), l'Afrique compte plus de 70 305 cas actifs (Figure 2), 3 710 décès (Figure 1) et 52 623 personnes guéries (Figure 4). Les pays du Nord de l'Afrique enregistrent à eux seuls 1729 décès, ce qui représente 47% du total des décès sur le continent, tandis que l'Afrique subsaharienne n'en enregistre que 1981 sur une période de 3 mois, ce qui représente 53% du total des décès sur le continent. La distinction faite entre l'Afrique du nord et l'Afrique subsaharienne permettra de valider l'hypothèse suivant laquelle le cancer des poumons est un facteur de comorbidité expliquant la différence dans le nombre de mort enregistré dans les différentes régions. En tenant compte de la durée de la pandémie en Afrique, il est clair que le continent Africain affiche un taux de récupération assez prometteur comparé aux autres continents et particulièrement l'Europe et l'Amérique du Nord. Cela concerne aussi les cas de décès qui sont assez bas en Afrique relativement à ceux enregistrés dans le monde.

Figure 1: Nombre de décès sur chaque continent

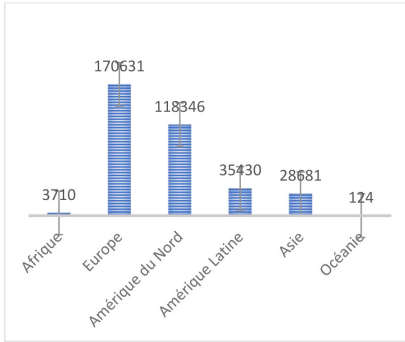


Figure 2: Nombre de cas actifs sur chaque continent

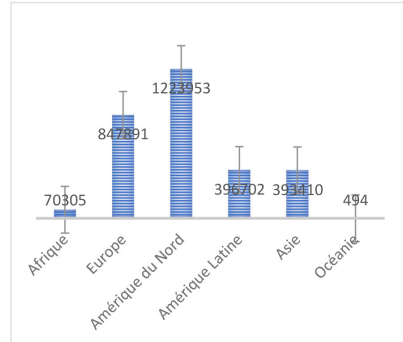


Figure 3: Nombre de cas diagnostiqués sur chaque continent

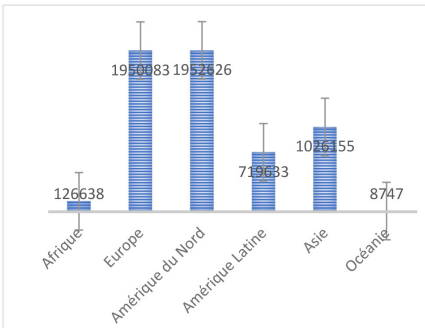
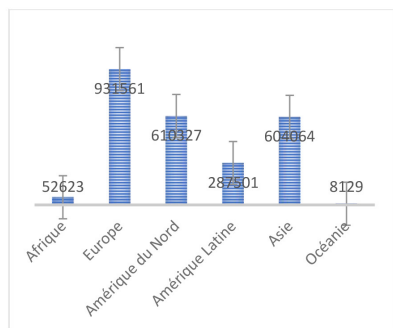


Figure 4: Nombre de guérisons sur chaque continent

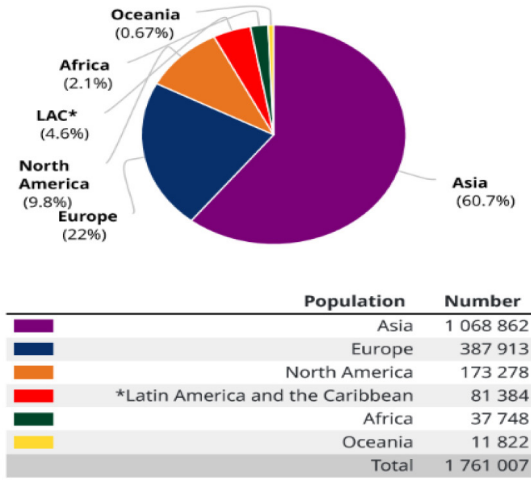


Les facteurs de comorbidités désignent l'ensemble des maladies et conditions aiguës ou chroniques qui ont un impact significatif sur la santé globale d'une personne ainsi que sur la prise en charge, l'évolution, les complications et la tolérance aux traitements en cas de crise ou lorsqu'une autre condition chronique survient. Ces facteurs sont souvent associés à la démographie qui rend compte de l'âge moyen, de la composition d'une population et de comment celle-ci pourrait influencer l'évolution d'une maladie donnée [9]. En général, la sévérité des comorbidités augmente avec l'âge puisqu'on développe davantage de conditions chroniques auxquelles s'ajoutent ponctuellement des pathologies aiguës. Dans le cas de la COVID-19, il a été démontré que les personnes âgées et celles qui ont d'autres problèmes de santé comme l'hypertension artérielle, les problèmes cardiaques ou pulmonaires, le diabète ou le cancer, ont un plus grand

risque de présenter les formes graves de la maladie quand elles sont infectées à la COVID-19 [10]. Ceci peut donc expliquer en partie le taux élevé de cas actifs en Europe (847891) et en Amérique du Nord (1223953), régions qui présentent une population relativement vieille par rapport à l'Afrique (70305). En Afrique, plus de 60% de la population est âgée de moins de 25 ans ce qui réduit considérablement les risques de développement des formes graves de la maladie [11].

Selon l'OMS, la plupart des patients atteint de la COVID-19 guérissent sans avoir besoin d'être hospitalisés (environ 80%) et un patient sur cinq (20%) présenterait des symptômes graves avec des difficultés respiratoires [10]. Les patients souffrant d'une maladie cardiovasculaire ou d'une forme de cancer sont plus susceptibles de développer des formes sévères de la maladie avec un risque élevé de décès [12]. Une étude menée sur 5 700 patients atteint de la COVID-19 dans la ville de New York a montré que 60% des patients hospitalisés souffraient d'hypertension tandis que 40% souffraient d'obésité et diabète [13]. Le cancer est la première cause de mortalité dans les pays développés [14]. Parmi les types de cancers les plus dévastateurs se trouve le cancer des poumons. En 2018, il a été estimé à 1.8 millions (18.4 pour 100 000 habitants) le nombre de décès dans le monde dû au cancer des poumons [14]. En effet, la figure 5 montre qu'en Amérique du Nord, le taux de mortalité en 2018 dû au cancer des poumons était de 9.8%, en Europe il était de 22%, en Asie de 60.7%, en Amérique Latine de 4.6%, en Océanie de 0.67% et en Afrique de 2.1% [15]. Les pays du Nord de l'Afrique notamment le Maroc (31.9 pour 100 000 habitants) et un de l'extrême sud du continent notamment l'Afrique du Sud (28.2 pour 100 000 habitants) enregistrent les taux de prévalences de cancers des poumons les plus élevés sur le continent. Un tel taux de prévalence expliquerait pourquoi la létalité de COVID-19 est plus grande en Afrique du Nord. Tous ces chiffres montrent que l'Afrique est moins affectée par le cancer des poumons par rapport à l'Europe et l'Amérique du Nord. Ces données sur le cancer renforcent la piste du lien entre le nombre élevé de cas actifs et de décès en Europe et en Amérique du Nord dû à la COVID-19.

Figure 5: Données mondiales sur le taux de mortalité dû au cancer des poumons. Source: GLOBOCAN Observatory 2019.



Le cancer des poumons peut donc permettre de mieux comprendre le taux de létalité moyen en Afrique (3%), qui est largement en dessous du taux de létalité moyen en Amérique du Nord (6%) et en Europe (9%) et au niveau mondial (6%) [8]. Le taux de récupération moyen en Afrique (42%) est aussi sensiblement égal à la moyenne mondiale (43.83%) [8]. Une étude comparative similaire à la présente étude pourrait aussi être appliquée aux autres facteurs de comorbidités que sont l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies cardiovasculaire.

En ce qui concerne la pandémie de la COVID-19, l'Afrique a déjoué plusieurs pronostics apocalyptiques. On pourrait être tentés de croire que c'est par un fait du hasard ou un coup de chance que l'Afrique s'en sort là où plusieurs ont fléchi. Une telle considération ne tient sans doute pas compte de l'expérience que l'Afrique a accumulée au fil du temps en termes de gestions des épidémies. Un exemple est celui des récentes épidémies d'Ébola en Afrique de l'Ouest et Centrale qui ont, entre autres, poussé au lancement du *Regional Disease Surveillance Systems Enhancement (REDISSE)*, un projet en partenariat avec la Banque Mondiale. Ce projet financé à près de

600 millions de dollars a pour mission de solidifier et d'améliorer les systèmes de santé et les structures de surveillances épidémiologiques dans près de 16 pays de l'Afrique Centrale et Occidentale [16]. Un autre exemple frappant est celui de l'Institut Pasteur de Dakar qui a mis en place un système rapide de test [17]. Au moment où les tests fortement coûteux aux USA prenaient des heures voire des jours pour être disponibles, le Sénégal quant à lui mettait en place un test de COVID-19 avec des résultats disponibles après 10 minutes et ne coûtant qu'un dollar [18]. D'autres mesures appropriées ont été prises dans plusieurs autres pays africains telles que la fermeture rapide des frontières, l'imposition et l'adoption des mesures barrières. Beaucoup d'autres actions initiées par les gouvernements et des structures sanitaires africaines ont certainement permis une bonne maîtrise de la pandémie. Un exemple est celui de *Amref Health Africa* qui a fourni un travail exceptionnel dans des pays tels que l'Ouganda, la Tanzanie, le Soudan du Sud, le Malawi, la Zambie, l'Éthiopie, le Sénégal et bien d'autres, en formant les professionnels de santé, en consolidant des laboratoires en termes de tests, en permettant un meilleur accès aux ressources telles que l'eau potable, et en travaillant à la réduction des effets secondaires de la pandémie comme la malnutrition, la santé maternelle et infantile [19]. Un autre facteur qui ne peut pas être négligé concerne la naturothérapie africaine qui a prouvé son efficacité au cours des siècles. Le *COVID-Organics* produit par les Malgaches et le traitement à base de plantes naturelles proposé par Monseigneur Samuel Kléda au Cameroun contre la COVID-19 sont juste quelques indications. Ces exemples montrent que les Africains, bien qu'ayant des moyens limités et des systèmes de santé fragiles, ont fait montre d'une grande capacité de résilience devant la pandémie.

L'argument de la chaleur moyenne sur le continent africain a été mis en avant par certains scientifiques et journalistes pour expliquer la faible infectiosité du virus sur le continent. Des études approfondies méritent d'être entreprises pour vérifier une telle affirmation. Une récente étude réalisée par *La National Academy of Medicine* aux États Unis indique la possibilité selon laquelle le virus circulerait mieux à 11,2°C et qu'il se diffuserait très peu lorsque la température atteint 34,8°C [20]. Mais le fait que le Brésil, qui a pratiquement le même climat que la majorité des pays d'Afrique Subsaharienne, enregistre plus 460 000 cas confirmés de COVID-19, c'est-à-dire trois fois le nombre total des cas enregistrés sur tout le continent afri-

cain, contredit la thèse de la chaleur pour justifier de la progression lente de la pandémie en Afrique. Au fait, la température moyenne annuelle au Kenya est de 20.8°C et de 24.5°C au Brésil, et pourtant le Brésil est plus affecté par la COVID-19 que le Kenya [21]. Tout ceci montre que la thèse de la chaleur mérite une étude plus approfondie.

Limitations

Les données utilisées pour notre analyse concernent une maladie infectieuse et transmissible, et il est bien connu que les données sur ces types de maladies posent plusieurs problèmes, davantage dans une étude descriptive et comparative comme celle-ci. En général, la présence des faux positifs et des faux négatifs entraîne une mauvaise collecte des données sur les cas. Plusieurs cas d'infections passent sans avoir été testés et confirmés, et ceci a aussi une répercussion sur les cas de décès et autres catégories de données. Dans le cas de la COVID-19, il peut avoir confusion avec d'autres maladies comme la grippe ou le paludisme auxquelles beaucoup d'Africains sont déjà habitués. Une telle confusion pourraient influencer la qualité des données. Une autre limite de cette analyse comparative est due au fait qu'aucune méthode bio-statistique n'a été utilisée pour établir des corrélations et des associations. Cette analyse ne pourrait donc pas tirer des conclusions en s'appuyant sur une causalité quelconque.

Conclusion

En conclusion, la pandémie de la COVID-19 continue de faire plusieurs victimes de par le monde mais à des rythmes différents. Le fait que l'Afrique déjoue jusqu'ici le scénario catastrophique prédit par plusieurs experts est très probablement dû au fort taux d'incidence du cancer des poumons. D'autres facteurs comme la démographie (l'âge moyen des populations), la prompt réaction des gouvernements africains, l'expertise africaine en termes de gestion des épidémies, la médecine traditionnelle africaine pourraient aussi expliquer la différence d'impact de la pandémie observée dans les différents continents. Des études plus approfondies sont nécessaires pour rendre compte de l'influence des autres facteurs de comorbidités dans la différence du nombre de mort observée sur les différents continents.

Figures Complémentaires

Les figures 6 et 7 montrent la distribution du taux de récupération et de létalité respectivement dans quelques pays africains. Quand le taux de récupération décroît le taux de létalité croît et vice-versa. Les figures 8 et 9 montrent l'évolution de la pandémie en fonction du temps en jours. Elles récapitulent les variations des taux de létalité et de récupération, le total des cas, le total des guérisons et le total des décès sur 3 mois.

Figure 6: Distribution décroissante du taux de récupération dans 46 pays Africains

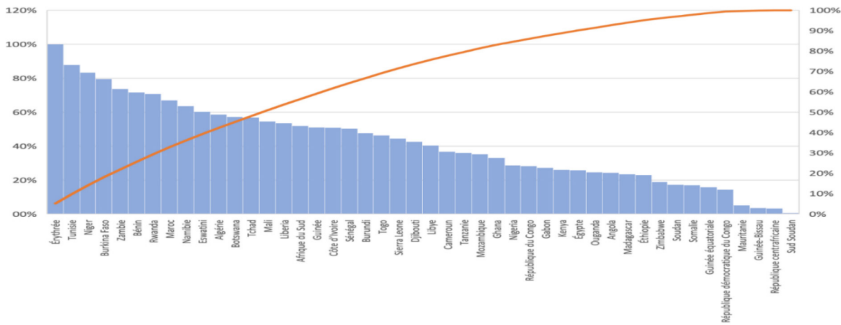


Figure 7: Distribution décroissante du taux de létalité par pays sur le continent Africain.

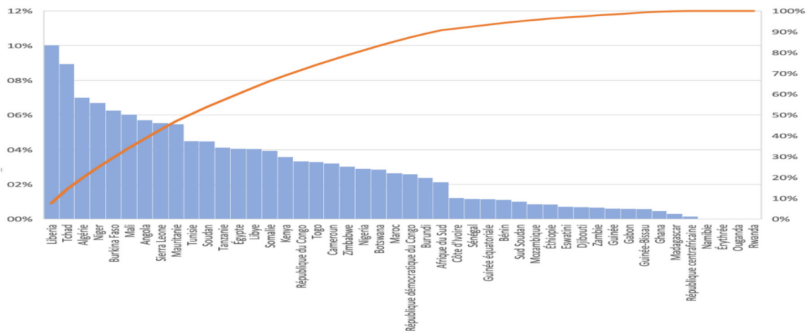


Figure 8. Courbes de l'évolution du taux de létalité et du taux de récupération de la COVID-19 en Afrique après trois mois de pandémie.

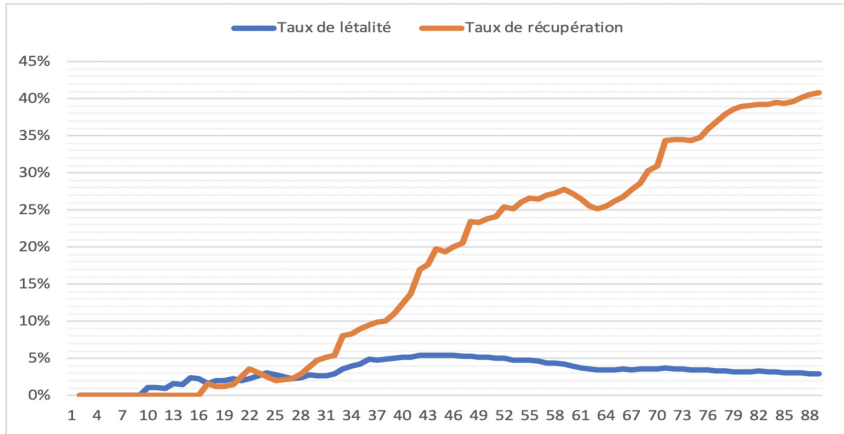
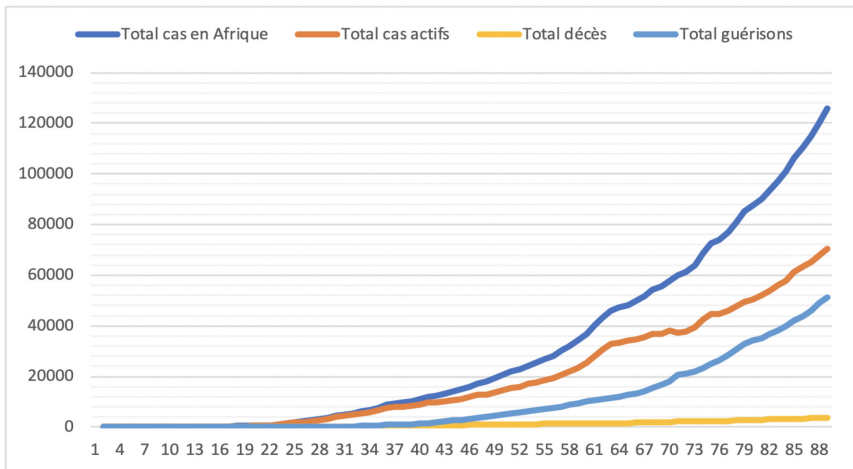


Figure 9. Courbes récapitulatives de l'évolution des cas de COVID-19 sur le continent africain après trois mois de pandémie.



Références

- 1 WHO-Africa, «COVID-19 cases top 10 000 in Africa,» 7 4 2020. [En ligne]. Available: <https://www.afro.who.int/news/covid-19-cases-top-10-000-africa>. [Accès le 31 5 2020].
- 2 ECA, «COVID-19 in Africa: Protecting Lives and Economies,» United Nation, Addis Ababa, 2020.
- 3 O. Caleb et N. Kelsey, «The problem with predicting coronavirus apocalypse in Africa.,» Aljazeera, 7 5 2020. [En ligne]. Available: <https://www.aljazeera.com/indepth/opinion/problem-predicting-coronavirus-apocalypse-africa-200505103847843.html>. [Accès le 4 6 2020].
- 4 C. Chelsey and S. I. Ezelle, “The Myth of Black Immunity: Racialized Disease during the COVID-19 Pandemic.,” Black Perspectives, 3 4 2020. [Online]. Available: <https://www.aaihs.org/racializeddiseaseandpandemic/>. [Accès le 1 6 2020].
- 5 Intermountain Healthcare, «What’s the difference between a pandemic, an epidemic, endemic, and an outbreak?,» Intermountain Healthcare, 2 4 2020. [En ligne]. Available: <https://intermountainhealthcare.org/blogs/topics/live-well/2020/04/whats-the-difference-between-a-pandemic-an-epidemic-endemic-and-an-outbreak/>. [Accès le 1 6 2020].
- 6 CDC, Principles of Epidemiology in Public Health Practice., Atlanta: U.S. Department of Health and Human services, 2012.
- 7 Worldometer, «Population.,» Worldometer, 2020. [En ligne]. Available: [https://www.worldometers.info/population/..](https://www.worldometers.info/population/) [Accès le 7 6 2020].
- 8 Worldometers, «Covid-19 coronavirus pandemic.,» 27 5 2020. [En ligne]. Available: <https://ipv6.worldometers.info/coronavirus/>. [Accès le 28 5 2020].
- 9 J. d. f. Santé, «Comorbidité : ça veut dire quoi, quels sont les facteurs ?,» JDF, 27 3 2020. [En ligne]. Available: <https://>

- sante.journaldesfemmes.fr/maladies/2628265-comorbidite-ca-veut-dire-quoi-definition-facteurs-coronavirus-cancer-alcoolisme/. [Accès le 15 5 2020].
- 10 OMS, «Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : questions-réponses,» Nations Unies, 27 3 2020. [En ligne]. Available: <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>. [Accès le 15 5 2020].
 - 11 WHO-Africa, «Africa COVID-19 cases top 100 000,» United Nation, 22 5 2020. [En ligne]. Available: <https://www.afro.who.int/news/africa-covid-19-cases-top-100-000>. [Accès le 30 5 2020].
 - 12 E. Driggin, M. Madhavan, B. Bikdeli et T. Chuich, «Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health,» *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 75, n° 118, pp. 2352-2371, 2020.
 - 13 R. C. Rabin, «Nearly All Patients Hospitalized With Covid-19 Had Chronic Health Issues, Study Finds,» *New York Times*, 23 4 2020. [En ligne]. Available: <https://www.nytimes.com/2020/04/23/health/coronavirus-patients-risk.html>. [Accès le 6 5 2020].
 - 14 F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. L. Siegel, L. A. Torre et J. Ahmedin, «Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.,» *CA CANCER JOURNAL*, vol. 00, n° 100, pp. 1-31, 2018.
 - 15 GLOBOCAN, «Cancer incidence and mortality statistics worldwide and by region.,» 3 2018. [En ligne]. Available: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf>. [Accès le 6 6 2020].
 - 16 World Bank, «In the Face of Coronavirus, African Countries Apply Lessons from Ebola Response.,» *World Bank*, 3 4 2020. [En ligne]. Available: <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/04/03/in-the-face-of-coronavirus-african-countries-apply-lessons-from-ebola-response>. [Accès le 4 6 2020].

- 17 M. Panara, «Covid-19 : des kits de dépistage bientôt fabriqués au Sénégal ? Publié le 27/03/2020,» *Le Point*, 27 3 2020. [En ligne]. Available: https://www.lepoint.fr/afrique/covid-19-des-kits-de-depistage-bientot-fabriques-au-senegal-27-03-2020-2369076_3826.php. [Accès le 15 5 2020].
- 18 A. Peters, «In Senegal, a new COVID-19 test will cost just \$1 and take 10 minutes for results.,» *Fast Company*, 20 4 2020. [En ligne]. Available: <https://www.fastcompany.com/90506319/in-senegal-a-new-covid-test-will-cost-just-1-and-take-10-minutes-for-results>. [Accès le 4 6 2020].
- 19 Amref Health Africa, «Everything You Need to Know About COVID-19 at Home and in Africa.” Amref Health Africa, June 2,,» AmrefHealthAfrica, 26 2020. [En ligne]. Available: https://amrefusa.org/featured/coronavirus/?gclid=CjwKCAjwL2BRAEiwAacX32ccv19OWjIVmyYcpu5iMSRgukfX5dP6iEeNzcpv_n8to2noydFnRhoCKFsQAvD_BwE.. [Accès le 4 6 2020].
- 20 Académie nationale de médecine, «Que déduire des études évaluant l’effet du climat sur la Covid-19 ? : Communiqué de l’Académie nationale de médecine.,» ANM, Paris, 2020.
- 21 WeatherBase, «The World,» CantyMedia, 6 2020. [En ligne]. Available: <https://www.weatherbase.com/weather/countryall.php3>. [Accès le 6 6 2020].
- 22 B. Adebayo, «Senegal partners with UK lab to develop a hand-held coronavirus test kit,» 12 3 2020. [En ligne]. Available: <https://edition.cnn.com/2020/03/12/africa/senegal-uk-coronavirus-rapid-test-kit/index.html>. [Accès le 31 5 2020].
- 23 J. Naranjo, «El coronavirus se cuela en África,» *El País*, 17 3 2020. [En ligne]. Available: https://elpais.com/elpais/2020/03/16/planeta_futuro/1584382708_448090.html. [Accès le 31 5 2020].
- 24 African-CDC, «COVID-19 Scientific and Public Health Policy Update – (March 17, 2020),» African Union, Addis Ababa, 2020.

RÉFLEXIONS LIBRES

CHAPITRE III

Pandémie de la COVID-19 et logiques sociales des gens d’“en-bas” en Afrique subsaharienne

Hermann-Habib Kibangou, S.J.

kibangou3@yahoo.fr

Doctorant en Sociologie, Faculté de Sciences Sociales, Pontificia Università Gregoriana, Rome/Italie, Chercheur indépendant, Membre du Gires (Groupe Interdisciplinaire de Recherche sur l’Eglise et la Société).

Reçu le 30 Mai – Accepté le 20 Juin 2020

Disponible en ligne à partir du 25 Juillet 2020:

<http://ibogareview.jesuitespao.com>

Résumé

Si pour le moment, les résultats du Coronavirus en Afrique étonnent certains observateurs, ils interrogent la question du rapport entre la projection et la réalité. Le déclenchement de la COVID-19 a certes permis aux États africains de réagir tôt, mais ne devrait pas faire oublier l’action des populations pauvres dont les logiques sociales sont souvent incomprises ou ignorées.

Mots clés: pandémie, Afrique subsaharienne, États africains, gens d’en-bas, logiques sociales.

Introduction

Arrivée en Afrique deux mois après son irruption en Orient, la pandémie COVID-19 brille pour le moment, par un faible taux de létalité sur le continent africain, laissant « pantois » les pronostiqueurs du chaos. L’analyse faite par ces derniers laisse subsister une question fondamentale : quel choix faut-il faire entre les projections et les faits ? Autrement dit, quelle est la frontière entre l’imaginaire et la réalité ? A cette interrogation fondamentale s’ajoutent deux autres interrogations secondaires : le

décalage constaté entre le nombre de victimes sur les autres continents et le nombre de morts en Afrique pose le problème du degré d'inquiétude. En d'autres termes, qui de l'Europe, de l'Amérique ou de l'Afrique doit le plus s'inquiéter ? Pourquoi une projection tacite sur un continent et pas sur les autres en même temps ? Cet essai vise premièrement à saisir ce qui se cache derrière ce « catastrophisme annoncé » à travers la réaction de trois écrits : la tribune de trois chercheurs de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) (Vidal, Eboko et Williamson 2020) ; la réponse d'un économiste sénégalais (Diallo 2020) et celle d'un journaliste martiniquais (Party 2020). Deuxièmement, ce texte analyse la réaction des pays africains face au coronavirus et interroge l'importance à accorder aux logiques mises en exergue par « les gens d'en-bas ».

L'irruption de la COVID-19 en Afrique subsaharienne : suivre les projections ou les faits ?

“Alors que les experts envisageaient un scénario catastrophe, en Afrique, où les systèmes de santé font craindre le pire, la vague épidémique prévue n'est toujours pas arrivée” (Aublanc 2020).

Bien avant l'irruption du coronavirus en Afrique, la presse internationale avait déjà annoncé les dégâts que son déclenchement entraînerait sur le continent. Hécatombe, catastrophe, chaos sont les mots utilisés pour prédire l'effet dévastateur de la pandémie sur le continent. Et même l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoyait « entre 83 000 et 190 000 morts et 44 millions de personnes infectées en Afrique en l'absence de confinement.” (Jean-Philippe Rémy 2020). Dans la même foulée, une autre étude poussait le nombre potentiel des victimes à 300 000 morts. Il est certes vrai que ces chiffres ne sont pas pour le moment atteint, mais leurs auteurs nous laissent perplexes vu la précision et l'assurance de leurs propos. Sur quoi se sont-ils basés pour faire des projections aussi imaginaires ? A l'heure actuelle, ce chiffre de 300 000 morts rejoint plutôt le nombre de décès au niveau mondial et non en Afrique. Curieusement, si ces pronostics alarmistes sont presque inexistantes pour l'Orient, l'Amérique ou l'Asie alors que selon les statistiques, ces continents sont les plus

touchés par la pandémie, ils posent tout de même la question de la primauté à donner entre la projection et les faits, surtout en temps de pandémie. De telles projections imaginaires et démenties par les faits rappellent bien ce proverbe africain : « Bukoongo (village mythique) s'écrie le grillon alors que se sont ses propres ailes qui se flambent. » Ce qui signifie : « le danger n'est pas toujours là où on le croit ». Autre sens : « la paille et la poutre de l'Évangile » (Kala-Ngoma et Mizonzo-Moumbolo 1989).

Comment donc comprendre un tel alarmisme dans un contexte marqué par les ravages de la COVID-19 surtout hors du continent ? Comme mentionné ci-haut, nos recherches nous ont permis de sélectionner trois écrits.

Le premier écrit est une tribune des chercheurs Vidal, Eboko et Williamson. Ils font une critique rigoureuse du scénario catastrophe annoncé par une certaine presse internationale sur l'irruption du coronavirus en Afrique. Ainsi écrivent-ils, « Alors que le pire était redouté pour le continent, la mortalité liée à la COVID-19 y est bien plus faible qu'en Europe ou en Amérique » (Vidal, Eboko et Williamson 2020). Et de poursuivre : « Face à la COVID-19, de bonnes ou mauvaises raisons orientent la commune déraison des projections alarmistes sur l'Afrique, que précède la 'réputation' de ce continent. Il était donc attendu ou redouté que l'Afrique et ses systèmes de santé 'fragiles' soient le lieu d'une gigantesque oraison funèbre » (Vidal, Eboko et Williamson 2020). Cette manière de voir les choses est pour les trois chercheurs due aux représentations que les uns et les autres se font de ce continent, à « l'habitus catastrophisme et la paresse intellectuelle qui veut voir et trouver l'Afrique à la place du mort. Comme si, dans les représentations du monde, l'Afrique était confinée dans le rôle du berceau de la mort et des maux dont on ne guérit pas sans intervention extérieure et 'humanitaire' » (Vidal, Eboko et Williamson 2020).

Le deuxième texte est une interview que l'économiste sénégalais Felwine Sarr accorde à la chaîne TV5 Monde sur la possibilité d'un scénario catastrophe version COVID-19 en Afrique. Dans une analyse pertinente, l'interviewé ironise sur l'étonnement de

l’Afrique devant une Europe pourtant durement frappée par le virus, mais davantage préoccupée par le déclenchement de la pandémie sur le sol africain que par les ravages de ladite maladie sur son territoire. Dans cette situation, l’économiste déplore cette attitude de donneur de leçon souvent pas en phase avec la réalité des faits.

Le troisième écrit est celui de Jean-Marc Party. Comme ses prédécesseurs, le journaliste analyse la COVID-19 en Afrique non à partir des projections mais des faits. Ainsi écrit-il, « Contrairement à des analyses pessimistes, le continent africain résiste mieux à la pandémie de la COVID-19 que les autres continents » (Party 2020). Dans une analyse rigoureuse, l’auteur, statistiques à l’appui, affirme sans complaisance que « l’Afrique regroupe 17% de la population de la planète et compte 1.2% des cas d’infection au virus. En comparaison, l’Europe avec 10% de la population mondiale, totalise 44% des cas de contamination. Les États-Unis comptent le tiers des cas de contamination, le pays ne regroupant que 4% de la population. » (Party 2020). Une telle analyse basée sur des faits aide à mieux saisir une situation de surcroît mondiale, plutôt qu’une analyse alarmiste qui repose sur des projections pessimistes et non sur des faits. Car au final, même si de telles projections sont habitées par une inquiétude justifiée, l’imagination se fait toujours rattraper par la réalité. Toutefois, au-delà de toute discussion, l’usage de la raison constructive reste une opportunité pour les États africains d’avoir le courage de regarder la réalité en face et de procéder aux changements idoines concernant leurs systèmes sanitaires.

En somme, la lecture des trois écrits susmentionnés nous amène à nous poser les questions suivantes : pourquoi dans tout discours sur l’Afrique, le malheur est facilement convocable ? Ce « continent fantasmé » (Brunel 2014), ferait-il bon ménage avec une certaine logique négativiste ? Pour les trois chercheurs de l’IRD, cette pandémie nous ramène à une réalité : « La bien-pensance médiatique a oublié un truisme que la COVID-19 met sèchement en lumière : on ne meurt pas deux fois ». Une manière de montrer leur préférence aux faits plutôt qu’aux projections. Parmi ces faits, les six mains mentionnent la jeunesse du continent (la plus jeune au monde !), comme « un atout face à la COVID-19 » qui tue plus les personnes

âgées que les jeunes. En outre, ces auteurs demandent de faire attention aux « discours saturés d'a priori ».

Pour sa part, Felwine Sarr voit dans ce catastrophisme exprès « un racisme structurel qui s'ignore ». D'après lui, « Il y a quelque chose de rassurant à avoir toujours le sentiment qu'on est mieux organisé, mieux préparé que les autres. Les Européens s'inquiètent pour nous, alors qu'ici, nous nous inquiétons pour eux ». Et de poursuivre : « Quand l'OMS appelle 'l'Afrique à se réveiller', alors que c'est l'hécatombe partout ailleurs, c'est peut-être eux, qui devraient se réveiller ! Car nous ne dormons pas, bien au contraire » (Diallo 2020). Jean-Marc Party, quant à lui regrette un alarmisme qui ne tient pas compte de la réalité car les chiffres du coronavirus en Afrique, « constituent un démenti formel aux pronostics alarmistes » (Party 2020).

Déclenchement du Coronavirus en Afrique et réaction des États et des citoyens

La date du 14 février 2020 marque officiellement l'entrée de la COVID-19 sur le sol africain avec un premier cas de maladie détecté en Égypte (JeuneAfrique et AFP 2020). Huit jours après, se tenait à Addis Abeba, la réunion des ministres de santé de l'Union Africaine (UA). Au cours de cette rencontre, l'OMS mettait les pays africains en garde, en l'absence de mesures drastiques contre le Coronavirus. Par la voix de son DG Tedros Adhanom Ghebreyesus, l'organisation invitait les États africains à « faire front commun pour être plus agressifs » (Aublanc 2020) dans la lutte contre la maladie. Prenant la menace très au sérieux, les pays africains décident de mettre en place des mesures préventives efficaces : confinement, interdiction des rassemblements de tous genres, état d'urgence, fermeture des frontières, couvre-feu nocturne, etc.

Parmi ces pays, le Congo-B, le Tchad, l'Afrique du Sud, le Cameroun vont curieusement, par exemple, appliquer à la lettre certaines des mesures prises en Italie ou en France ; sans nécessairement tenir compte de la prédominance du secteur informel sur le secteur formel. En effet, des millions d'Africains n'ont pas un emploi salarié

et vivent au jour le jour. Ainsi, dans ce contexte de confinement, des établissements d'enseignement préscolaire, primaire, secondaire et universitaire (secteurs non-essentiels y compris) vont être fermés dans plusieurs pays (Sénégal, Côte d'Ivoire, Kenya, Niger, Guinée, Égypte, Gabon, Mauritanie, Éthiopie, RD-Congo, etc.) imposant parfois l'état d'urgence à travers décrets ou mesures administratives. Dans certains territoires, le confinement est instauré pendant trois semaines ou plus selon la désormais célèbre formule « Rester chez vous ». Dans le même contexte, des sorties sont permises pour des raisons nécessaires (marché, hôpital, etc.). Le confinement était parfois total (Congo-B, Tchad, Afrique du Sud, Tunisie, Rwanda, île Maurice, etc.), parfois partiel : (Madagascar, Nigeria, ...). La quarantaine est imposée dans certaines villes (cas du Burkina), tandis que « par manque de moyens des pays riches » (Eyguesier 2020) le Bénin et l'Ouganda, n'ont pas jugé nécessaire d'opter pour le confinement. Chose très rare, certains pays ont livré à domicile des quantités de nourritures à leurs concitoyens (cas du Rwanda).

Selon plusieurs observateurs, ces mesures prises à temps (la fermeture des frontières y compris) expliquent en partie le faible taux de létalité de la COVID-19 sur le continent. Une autre raison est sa résilience inhérente aux épidémies (malaria, VIH/Sida, Ebola, etc.) Mais est-ce que ces mesures expliqueraient à elles seules le fait que l'Afrique s'en sort mieux que les autres continents ? Ces éléments, quoique acceptables, négligent un aspect non moins important du contexte africain : la place donnée aux logiques sociales des "gens d'en-bas", ces personnes qui vivent avec moins d'un dollar USD par jour. Ces logiques sociales prennent en compte un aspect sociologique COVID-19 : l'accès aux soins plutôt que l'intérêt porté au monde de l'hôpital ou encore à la relation d'aide.

Toutes choses égales par ailleurs, bien avant les pays africains, la grande majorité des populations du continent avaient déjà pris très au sérieux la menace de la pandémie à travers notamment la presse nationale, internationale, les réseaux sociaux, la diffusion en temps réel des nouvelles inhérentes au nouveau coronavirus sans oublier les polémiques y relatives. Pour des citoyens dont certaines langues comme le Français ou l'Anglais ne sont pas des langues courantes,

des efforts énormes ont été faits sur l'information concernant l'évolution de la pandémie. D'où la traduction en diverses langues maternelles des messages audio ou vidéo inhérents au coronavirus dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne afin de permettre au citoyen *lambda* d'être informé de la situation sur le coronavirus.

Et si aujourd'hui, l'hécatombe tant annoncée n'a pas (encore) eu lieu, les raisons sont à chercher non pas seulement du côté des gouvernements, mais surtout du côté des logiques sociales qui habitent les gens d'en-bas, notamment à travers la quotidienneté. Pour Jean-Marc Ela :

«Comme le suggèrent les travaux pionniers d'Henri Lefebvre sur la quotidienneté, il faut changer de regard pour redécouvrir les faits en apparence informes et insignifiants et les soumettre à l'analyse critique. À cet égard, « l'analyse de la vie quotidienne a pour but de révéler la richesse cachée sous l'apparente pauvreté du quotidien, dévoiler la profondeur sous la trivialité, atteindre l'extraordinaire de l'ordinaire » (Lefebvre 1958) «

(Ela 1999).

Les réactions de la majorité des Africains depuis le déclenchement du Coronavirus, doivent donc être considérées à partir de la quotidienneté qui aide à « redécouvrir les faits en apparence informes et insignifiants » de la vie quotidienne. Voilà pourquoi, mettre l'accent sur la quotidienneté permet de comprendre les logiques sociales qui se cachent derrière le comportement des populations pauvres. Ainsi, dans cet univers africain des gens d'en-bas, fièvre, maux de tête, fatigue, frissons, courbatures, toux, rhume, mal de gorge, sont certes des maux, mais aussi et surtout des mots du vocabulaire de la vie quotidienne. Ces maux/mots font partie du lot quotidien de ces femmes, hommes, jeunes filles et jeunes garçons, voire des enfants qui malades, ont difficilement accès à la pharmacie, par manque de moyens. Or, il s'avère que ces maux/mots, (exceptée la difficulté respiratoire) sont aussi ceux du COVID-19. Ainsi, leur déclenchement au quotidien dans la vie de ces Africains et Africaines a fait naître des stratégies de défense ou de survie qui le plus souvent ne leur font pas prendre le chemin de la pharmacie moderne, mais plutôt celui de la médecine familiale traditionnelle et donc naturelle.

Celle-ci est plus connue sous l'appellation de "remèdes de grand-mère".

L'expression "remèdes de grand-mère" révèle une manière de se soigner qui fait référence à une pratique traditionnelle à base de produits naturels, courante chez les grand-mères. Via cette médecine traditionnelle, le patient ou la patiente reçoit un traitement à base de plantes médicinales, mélangées dans une eau bien chaude, afin d'anticiper sa guérison. Les remèdes de grand-mère sont différents des produits pharmaceutiques issus des industries qui en ont le monopole et en assument la commercialisation. Depuis toujours, des générations entières ont eu recours à cette médecine traditionnelle. Avec l'arrivée de l'industrie pharmaceutique, cette manière de se soigner a apparemment peu à peu perdu de son influence. Le rôle du capitalisme dans cette perte d'influence n'est pas à négliger dans une société où l'argent est roi. Mais refusant de disparaître, la médecine traditionnelle va survivre dans des pratiques quotidiennes des gens d'en-bas qui croient mordicus à son efficacité. Dans plusieurs villages d'Afrique les populations ont toujours recours à cette médecine. Le plus souvent le village représente le lieu par excellence où l'on trouve des plantes aux vertus multiples. Certains arbres (neemier, eucalyptus, manguier sauvage) sont reconnus pour leurs vertus. En ce temps de pandémie COVID-19, il serait d'ailleurs intéressant de savoir combien de personnes ont eu recours à cette médecine ancienne, même si la pandémie est nouvelle. Une étude sur ce domaine aiderait à comprendre davantage le recours à une pratique qui s'est transmise de génération en génération et qui malgré la rouille du temps, résiste à l'industrie pharmaceutique et à celle qui apparaît comme son alliée de toujours, la médecine moderne. Dans un contexte où beaucoup d'Africains et d'Africaines n'ont pas de quoi payer les remèdes en pharmacie, peut-on dire par analogie que la médecine moderne est au marché formel ce que la médecine traditionnelle est au marché informel ?

En effet, devant les effets ravageurs du Coronavirus en Orient, en Europe, en Amérique et en Asie, et considérant les symptômes de la maladie et l'absence d'un remède ou d'un vaccin (sans oublier les réticences de nombreuses populations africaines liées aux méfaits de

certains vaccins ayant soit entraîné la mort ou handicapé des milliers d'enfants), une attitude adoptée par les gens d'en-bas est d'avoir recours à une forme de “remède de grand-mère” : le « tchioko »¹. Celui-ci est, par exemple, très répandu dans les deux Congo. Cette méthode consiste en l'utilisation du gingembre, du citron de l'ail, y compris d'autres éléments comme les feuilles de manguier, d'avocatier, de safou, de citronnelle, dicit Dr Malonga (Quentin Loubou 2020), lavés, découpés et bouillis à 100 ° C dans une marmite d'eau. Après, tout le contenu est mis dans un sceau ou une bassine. L'intéressé (e), bouche grandement ouverte et tête recouverte d'une serviette ou d'une couverture aspire la vapeur (inhalation), yeux fermés à cause de la composition piquante du mélange. Cet exercice dure le temps que l'eau est chaude. Les trois premiers jours il est répété trois fois et les autres il est conseillé de le faire une fois pendant une durée correspondant à l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé (e). Ici encore, une étude sérieuse pourrait déterminer de l'efficacité d'une telle pratique et de bien d'autres vantées par les gens d'en-bas à travers le continent.

Enfant (5 ans), je me souviens avoir été guéri par une technique similaire (inhalation), à Mfilou (Brazzaville). Des douleurs intenses aux dents m'empêchaient pendant des jours de trouver le sommeil. Ce n'était pas de la carie car à l'hôpital, on ne savait pas de quoi je souffrais. Ainsi donc, je fus conduit par ma mère chez un guérisseur traditionnel. Celui-ci fit bouillir quelques feuilles (plantes médicinales) qu'il versa ensuite dans une bassine. Il me demanda de m'asseoir sur un banc, la bouche grandement ouverte au-dessus de la bassine. Je m'exécutai. A ma grande surprise, au bout de deux minutes, des verres de petite taille (environ cinq, de couleur verte), sortaient de ma bouche et tombaient dans le mélange chaud de la bassine. Quand ils cessèrent de tomber, le guérisseur me fit savoir que je ne pouvais pas trouver le sommeil tant qu'il ne s'était pas débarrassé de ces êtres minuscules. Depuis ce jour, ces maux de dents qui m'empêchaient de trouver le sommeil ne furent plus qu'un mauvais souvenir.

1 Un bain de vapeur sèche à base de plantes médicinales.

En règle générale, les logiques sociales qui habitent les gens d'en-bas sont marquées par une triple confiance : confiance aux "remèdes de grand-mère", confiance en soi et confiance du patient envers le soignant. Reste à savoir aussi la place qu'occupe la foi en Dieu dans la vie de ces pauvres, ces impuissants, parfois abandonnés à eux-mêmes.

Faut-il conclure ?

La crise sanitaire que nous expérimentons aujourd'hui, pose le problème de l'instance qui a l'autorité pour dire quel remède utiliser et quel remède ne pas utiliser. Face à la multiplicité des médecines non conventionnelles (plus de 400), même si la preuve scientifique de leur efficacité est remise en cause (Gilet 2019), la médecine moderne ne fait pas non plus l'unanimité. Avec la COVID-19, par exemple, le monde dit scientifique bégaie et convainc de moins en moins. Les chiffres (gonflés ?) avancés par les pays atteints par la COVID-19, font peur à l'humanité entière, tout en faisant l'objet de moult contestations. L'attente d'un vaccin se fait longue. Face à une ribambelle de commentaires et d'interprétations, nombreux sont les Africains et Africaines qui ne veulent pas laisser aux seules autorités sanitaires le pouvoir de décision sur leur santé. Les nombreux messages circulant en langues nationales ou maternelles (africaines), sur les méfaits de certains vaccins sont pris très au sérieux. Vigilance oblige car comme le dit si bien ce proverbe africain: "La pintade ne se laisse attraper qu'une fois, la seconde fois, elle caquette". (Un homme averti en vaut deux) (Kala-Ngoma et Mizonzo-Moumbolo 1989).

Références

Aublanc, Manon. «Coronavirus : pourquoi l'Afrique est-elle globalement épargnée par l'épidémie ?» 20minutes. 13 5 2020. <http://www.20minutes.fr/monde/2778159-20200513-coronavirus-pourquoi-afrique-globalement-epargnee-epidemie>.

Brunel, Sylvie. «Afrique, continent fantasmé.» Sciences humaines N°264. 6 2014. https://www.scienceshumaines.com/l-afrique-continent-fantasme_fr_33360.html.

Diallo, Oumy. «Coronavirus : “Les Européens s’inquiètent pour nous et nous nous inquiétons pour eux”.» TV5 Monde. 30 4 2020. <https://afrique.tv5monde.com/information/coronavirus-les-europeens-sinquietent-pour-nous-et-nous-nous-inquietons-pour-eux-estime> .

Ela, Jean-Marc. «Vers une économie politique des conflits au ras du sol.» Africa Development XXIV (Africa Development XXIV, N° 3&4), 1999: 103.

Eyguesier, Jean-Luc. Confinement, état d’urgence, couvre-feu, ... L’Afrique face au coronavirus. 29 3 2020. <https://information.tv5monde.com/afrique/confinement-Etat-d-urgence-couvre-feu-l-afrique-face-au-coronavirus-353422>.

Gilet, Emilie. L’étonnant succès des médecines alternatives. 2 2019. https://www.scienceshumaines.com/l-etonnant-succes-des-medecines-alternatives_fr_40185.html.

Jean-Philippe Rémy, Joan Tilouine, Yassin Ciyow, Florence Miettaux et Mariama Darame. «Ces onze Africaines et Africains qui contribuent à contenir la pandémie sur leur continent.» Le Monde. 13 5 2020. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/13/ces-onze-africains-qui-tiennent-en-joue-le-coronavirus_6039573_3212.html.

JeuneAfrique, et AFP. Coronavirus : un premier cas en Afrique, selon le ministère égyptien de la Santé. 25 3 2020. <https://www.jeuneafrique.com/896745/societe/coronavirus-un-premier-cas-en-afrique-selon-le-ministere-egyptien-de-la-sante/>.

Kala-Ngoma, Benjamin, et Daniel Mizonzo-Moumbolo. Proverbes Beembe. Nkayi: Diocèse de Nkayi, 1989.

Loubou, Quentin. «Expérience: le Sauna à la congolaise ou le «Tchioko» peut traiter le coronavirus.» <https://www.adiacongo.com/content/experience-le-sauna-la-congolaise-ou-le-tchioko-peut-traiter-le-coronavirus-117712>

Party, Jean-Marc. «L’Afrique s’en sort mieux que les autres

continents.» France Info. 7 5 2020. <https://la1ere.francetvinfo.fr/martinique/COVID-19-l-afrique-s-en-sort-mieux-que-les-autres-continents-830206.html>.

Vidal, Laurent, Fred Eboko, et David Williamson. «Le catastrophisme annoncé, reflet de notre vision de l’Afrique.» Le Monde. 8 5 2020. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/08/coronavirus-le-catastrophisme-annonce-reflet-de-notre-vision-de-l-afrique_6039110_3212.html.

RÉFLEXIONS LIBRES

CHAPITRE IV

Prendre la COVID-19 en philosophe

Pr. Stephen Kizito Forbi, S.J.

fkizito@hotmail.fr

Enseignant permanent et Doyen émérite de la Faculté de Philosophie à l'Université Catholique d'Afrique Centrale, membre du groupe de recherche CERCAPHI (Le Cercle Camerounais de Philosophie) du Professeur Ebénézer Njoh Mouelle, membre du Conseil de Rédaction de la Revue Semestrielle des enseignants de l'Institut de Théologie de la Compagnie de Jésus (ITCJ), fondateur du groupe de recherche CINTREPED (Centre for Interdisciplinary Reserch in Philosophy and Education).

Reçu le 27/05/2020 et accepté le 20 Juin 2020.

Disponible en ligne à partir du 25 Juillet 2020:

<http://ibogareview.jesuitespao.com>

Résumé

La COVID-19 appartient à la catégorie des phénomènes que les philosophes appellent la situation limite. Ce sont des situations qui révèlent l'échec de l'homme. Cette pandémie a révélé les limites de la science et de la médecine, la fragilité de l'homme, la mondialisation sans solidarité, etc. La philosophie, en tant que l'art de vivre et un effort de compréhension, s'interroge sur ce qu'est le savoir-vivre face à cette pandémie. Le vivre-ensemble, en temps de difficulté, était abordé par Arthur Schopenhauer dans son Paradoxe du hérisson. Le stoïcisme, comme une philosophie d'acceptation, est aussi pertinent dans le contexte de la COVID-19. Il propose « les exercices spirituels », c'est-à-dire des pratiques volontaires qui visent la transformation du sujet le permettant de bien vivre au quotidien malgré la COVID-19. La COVID-19 est accompagnée par une cacophonie communicationnelle. La philosophie est en droit d'exiger la transparence et la responsabilité par une application rigoureuse de ses principes épistémologique.

Mots Clés : Crise sanitaire, situation limite, saturation épistémique, altérité, stoïcisme, paradoxe.

Pr. Stephen Kizito Forbi, S.J.

fkizito@hotmail.fr

Enseignant permanent et Doyen émérite de la Faculté de Philosophie à l'Université Catholique d'Afrique Centrale, membre du groupe de recherche CERCAPHI (Le Cercle Camerounais de Philosophie) du Professeur Ebénézer Njoh Mouelle, membre du Conseil de Rédaction de la Revue Semestrielle des enseignants de l'Institut de Théologie de la Compagnie de Jésus (ITCJ), fondateur du groupe de recherche CINTREPED (Centre for Interdisciplinary Reserch in Philosophy and Education).

Reçu le 27/05/2020 et accepté le 20 Juin 2020.

Disponible en ligne à partir du 25 Juillet 2020:

<http://ibogareview.jesuitespao.com>

Résumé

La COVID-19 appartient à la catégorie des phénomènes que les philosophes appellent la situation limite. Ce sont des situations qui révèlent l'échec de l'homme. Cette pandémie a révélé les limites de la science et de la médecine, la fragilité de l'homme, la mondialisation sans solidarité, etc. La philosophie, en tant que l'art de vivre et un effort de compréhension, s'interroge sur ce qu'est le savoir-vivre face à cette pandémie. Le vivre-ensemble, en temps de difficulté, était abordé par Arthur Schopenhauer dans son Paradoxe du hérisson. Le stoïcisme, comme une philosophie d'acceptation, est aussi pertinent dans le contexte de la COVID-19. Il propose « les exercices spirituels », c'est-à-dire des pratiques volontaires qui visent la transformation du sujet le permettant de bien vivre au quotidien malgré la COVID-19. La COVID-19 est accompagnée par une cacophonie communicationnelle. La philosophie est en droit d'exiger la transparence et la responsabilité par une application rigoureuse de ses principes épistémologique.

Mots Clés : Crise sanitaire, situation limite, saturation épistémique, altérité, stoïcisme, paradoxe.

Introduction

La philosophie, définit comme un art ou une manière de vivre, s'intéresse aussi à la pandémie du de la COVID-19 (Hadot 1995). Ce qui l'intéresse c'est la problématique humaine de *comment vivre*. Trois écoles philosophiques ont mis en exergue ce volet de la philosophie : les stoïciens, les épicuriens et les cyniques. L'existence humaine est jalonnée par des problématiques permanentes : la maladie, la quête de l'union cosmique, la quête du

bonheur, la peur, la crainte, la vieillesse, la trahison, la mort... Ces problèmes empêchent les humains à vivre sereinement leurs vies. Ils torturent l'homme et constituent des obstacles à une vie bien pleine.

La COVID-19 est, certes, une crise *a priori* sanitaire-scientifique. Cependant, de nombreuses autres disciplines ascientifiques s'y introduisent pour apporter un éclairage et une meilleure compréhension de la maladie : l'économie pour établir le coût, la politique pour définir la prise en charge, le vivre-ensemble pour mettre en évidence les dislocations sociales dues à cette maladie, etc. Dans la crise de la COVID-19 la confusion, la divergence et même les conflits d'interprétation sont considérables. Un essai d'abstraction sur la souffrance causée par ce virus et un regard critique et théorique portés sur cette abstraction indiquerait quelques faits têtus qui méritent l'attention du philosophe. Par exemple, la COVID-19 est un problème central qui mine le savoir-vivre des humains aujourd'hui. Ce qui concerne le philosophe est : comment vivre aujourd'hui malgré la COVID-19 ?

Cette méditation se veut un débat philosophique sur la crise sanitaire sans mettre en veilleuse ses enjeux scientifiques, éthiques, politiques, etc. La crise actuelle nous amène à revisiter certains éléments philosophiques fondamentaux. Nous allons évoquer quatre : l'étonnement face à la crise, le dilemme du hérisson, la saturation épistémique et la crise des valeurs.

Mise en branle de l'étonnement

Avec l'émergence de la COVID-19 certaines questions d'ordre philosophique voient le jour : la question de la futilité de la vie qui était le leitmotiv de la philosophie d'Alain Botton dans son livre *Éloge de la futilité*, la question de la peur qui était le principe structurant de la philosophie de Søren Kierkegaard dans son livre *Le Concept de l'angoisse*, la question de la mort qui est le concept charnière de Michel de Montaigne dans le vingtième chapitre du premier Livre des *Essais* intitulé « Que philosopher c'est apprendre à mourir », etc. La crise sanitaire est autant une question philosophique que scientifique.

La COVID-19 pousse à l'étonnement philosophique qui est la

force ou le désir qui nous pousse à aller devant ce virus inexpliqué. D'abord, c'est une maladie incompréhensible car son étrangeté et sa nature insolite troublent tout le monde. Elle effraie parce qu'on ne peut pas l'intégrer dans le système de représentation ratio-médicale. Elle est un obstacle, un choc intellectuel à toute pensée rationnelle et scientifique. L'on est comme frappé par la foudre. En plus, les inquiétudes par rapport à la nature énigmatique du virus, son taux de contamination (90.000 cas le 03 mars 2020 selon l'OMS) (OMS 2020) et de mortalité exponentielle, sa modification des rapports sociaux et de la socialisation, le défi de trouver un médicament curatif, etc. sont intrinsèques à l'office du philosophe qui doit l'interroger pour la comprendre. C'est dans ce sens qu'Olivier Reboul définit la philosophie comme une touche à tout sans être « *un-touche-à-tout* » (Reboul 2006). D'après lui, aucun domaine n'échappe à la philosophie. Et c'est ce qui légitime la philosophie de la Science. En fin, cette crise sanitaire, à l'échelle mondiale, provoque l'étonnement de plus d'un et renvoie à l'incompréhension. La capacité de s'étonner est quintessentielle à la philosophie. Aristote le disait : « *C'est, en effet, l'étonnement qui poussa comme aujourd'hui, les premiers penseurs aux spéculations philosophiques* ». (Aristote 1991)

L'étonnement philosophique est un éveil intellectuel qui rompt avec l'esprit naïf et passif par rapport à la COVID-19. Il est cette disponibilité de l'esprit pour l'interroger. La contribution de la philosophie à la science est dans son questionnement. Comme le disait Karl Jaspers : « *Les questions, en philosophie, sont plus essentielles que les réponses* » (Jaspers 2007). Le questionnement philosophique commence où les choses cessent d'être évidentes. Ce qui n'est pas évident et qui interpelle le philosophe c'est l'origine de cette maladie : Est-elle naturelle ou une fabrication humaine ? Y aura-t-il un remède contre cette pandémie un jour ? Pourquoi tant de personnes meurent de cette maladie ? Pourquoi paralyse-t-elle toute la planète ? Pourquoi est-ce que cette maladie défie le monde scientifique malgré les avancées impressionnantes en science et en médecine ? La philosophie ne donnera, certes pas, des réponses scientifiques à la COVID-19. Cependant, son questionnement ouvrira des pistes de réflexion pour les scientifiques. Ainsi la philosophie reste liée aux

sciences dans la recherche de la vérité concernant la COVID-19.

La COVID-19 appartient à ces phénomènes que Karl Jaspers désigne de « *situation limite* » qu'il définit comme ceux qui « *me révèlent mon échec* » intellectuel (Jaspers 2007). Une situation limite est le moment où un individu est intérieurement ou extérieurement confronté à des données existentielles qu'il ne peut pas modifier. La COVID-19 est révélatrice des questions insaisissables dans leur plénitude pour ce qui concerne la sécurité sanitaire. Tel que la COVID-19 se présente aujourd'hui l'homme ne peut ni la dépasser ni la transformer. Il ne peut qu'en prendre conscience. Il peut le faire de deux manières. Soit il la dissimule en vivant comme si elle n'existait pas. Soit il prend conscience de son impuissance devant la maladie et il se laisse sombrer dans l'angoisse et dans le désespoir. Soit l'on est courageux devant la menace de la COVID-19 et l'on se met à la recherche de la sécurité. Autrement dit, la COVID-19 provoque chez l'homme l'éveil parce que ce qui était régit par habitude ne l'est plus. Cet éveil fait naître en lui le désir de se donner un objectif alternatif. Ceci justifie ce qu'a dit Karl Jaspers : *Faire la philosophie c'est être en route* » (Jaspers 2007). Par analogie, cela veut dire que la réflexion sur la COVID-19 sera permanente.

Le paradoxe du hérisson

La COVID-19 est à la fois inspirante et absurde. Le paradoxe de la COVID-19 est celui du repli sur soi et la solidarité communautaire simultanément. Pendant cette période de confinement comment vivre la solidarité qui exige que nous nous tenions à distance les uns les autres ? Comment vivre en tant qu'individu en société ou comment vivre en société en tant que les individus ? Pour faire face à la pandémie il faut des actions individuelles en solidarité avec la collectivité communautaire. Il y a l'appel à une lutte d'ensemble et de solidarité contre la pandémie qui passe par des comportements individuels tels que se laver les mains, se protéger, être confinés, etc. Ces actions sont aussi appelées les mesures barrières individuelles. Faire bloc contre la COVID-19 se fait nécessairement par des comportements individuels.

La distance sécuritaire revient à un soupçon selon lequel l'autre est porteur du virus. Comme le disait Jean-Paul Sartre, « *l'enfer, c'est les autres* » (Sartre 1943). Cette phrase prête souvent à contresens. On la comprend souvent comme simple modulation de la phrase tout aussi célèbre de Hobbes : « *L'homme est un loup pour l'homme* » (Hobbes 2014). Pourtant, ce n'est pas une guerre de tous contre tous que dépeint Sartre, c'est un drame intérieur à la conscience, par quoi elle se découvre exposée au regard d'autrui. L'enfer ne relève pas de la torture physique, mais du fait de ne jamais pouvoir s'extraire du jugement d'autrui.

Face à ce virus impersonnel et non discriminatoire tout le monde se sent vulnérable, inquiet et animé par le même esprit de la nécessité d'un effort concerté pour combattre cette maladie. La COVID-19 est venue avec la notion de la *distance sociale ou sécuritaire*, garder une saine distance dans les relations transversales, est la norme sociale qui permet d'accueillir l'autre. La pandémie a apporté un nouveau cadre référentiel, une nouvelle règle comportementale et une autre chartre de gouvernance. Dans les entreprises où souvent l'on vit une proximité trop grande à la fois dans les contacts mais aussi dans les attentes qui créent des frictions est-ce que la COVID-19, avec la distance sécuritaire, a apporté des solutions parfois simples mais essentielles pour la bonne vie des projets transformant de l'entreprise ?

Au niveau conceptuel les philosophes ont articulé cette problématique comme « *Seuls avec tous* » ou « *Seuls ensemble* » de Sherry (Sherry 2011). Dans ces textes le rapport d'altérité entre les humains en temps de COVID-19 est comparable à celui entre les hérissons chez Arthur Schopenhauer (Schopenhauer 2005). En hiver les hérissons sont pris dans un vrai dilemme. Pour se réchauffer ils ont besoin de se rapprocher mais ne peuvent pas par leur nature piquante. Ils ne peuvent pas se rapprocher trop près les uns les autres sans se blesser. Ils sont conscients qu'ils doivent garder une bonne distance entre eux pour se chauffer sans se blesser.

Le paradoxe du hérisson, pour ce qui concerne la COVID-19, peut être éclairé par la notion kantienne de la dignité humaine. La distanciation correcte, au lieu d'être considérée comme un mépris d'un porteur du virus doit être interprétée plutôt comme l'amour sacrificiel pour autrui. Par ce faire autrui est considéré comme une fin et non pas comme un moyen pour servir mes propres intérêts. De ce point de vue, la distanciation sociale est une forme de respect désintéressé, une manière d'être hautement moral sans un enjeu personnel.

Le stoïcisme, comme une philosophie d'acceptation, est aussi pertinent dans le contexte de la COVID-19. Il propose « *les exercices spirituels* », c'est-à-dire des pratiques volontaires qui visent la transformation du sujet le permettant de bien vivre au quotidien malgré les difficultés (Hadot 1995). L'une des maximes, qui fonde la pensée morale de l'une de ses figures de proue, Épictète, c'est l'opposition radicale entre *ce qui dépend de nous*, ce qui est l'objet de notre vouloir et *ce qui ne dépend pas de nous* mais des causes du destin : « *Il y a des choses qui dépendent de nous et d'autres qui ne dépendent pas de nous* » (Épictète 1962). Dans le *Manuel*, alors, la doctrine d'Épictète peut se résumer en deux points : le déterminisme cosmique ou les obstacles irréductibles pour le bonheur du sage et la liberté intérieure. D'un côté, à propos de la COVID-19, ce qui ne dépend pas de nous c'est une maladie virale devenue pandémie. Il est vain de se plaindre. La sagesse veut plutôt qu'on s'ajuste autant que possible à ce déterminisme indéniable et impitoyable. De ce point de vue, le stoïcisme n'est pas une philosophie de la résignation mais de l'anti-résignation. Le vrai stoïcien ne se résigne pas, il coopère avec la COVID-19. De l'autre côté, ce qui dépend de moi c'est la distanciation sociale, les règles d'hygiène, le respect de soi-même qui est par ricochet le respect d'autrui. C'est ces choses sur quoi je peux exercer un choix. Cette liberté n'est pas une prétention de changer le cours de la COVID-19 mais, au contraire, de la comprendre et de l'accepter tel quel. La vraie liberté consiste à une maîtrise de soi face à la pandémie.

Les stoïciens ont quatre vertus cardinales que l'on peut mettre en perspective avec le contexte actuel. Ces vertus permettent au sage

de triompher sans aide les épreuves censées l'écraser. Elles lui permettent de conserver sa vertu dans les conditions défavorables. Ces vertus sont incluses dans la définition du sage :

*Le sage est le médecin des affaires de la vie, lui qui, en raison des circonstances, accomplit avec **sagesse** (les œuvres) de la démence, avec **modération** des intempérances, celles de couardise avec **courage**, et avec **justice** celle de l'injustice ; en effet, il dira parfois des mensonges sans mentir, il triomphera sans être un trompeur et il fera preuve d'insolence sans être insolent. (Philon 1978)*

La sagesse c'est savoir accueillir ce qui se passe avec calme et sérénité. Ne pas chercher un coupable et ne pas céder à la peur. En ce qui concerne la modération il s'agit de ne pas céder à la panique de la COVID-19, de contrôler ses impulsions, modérer ses plaisirs. Etre courageux c'est prendre des décisions qui ne sont pas plaisantées, décider ce qui est bon pour le bien commun, avoir le courage de changer ses habitudes. La justice c'est savoir interagir avec les autres, éduquer, montrer l'exemple, respecter les consignes.

Alors, en quoi les idées des stoïciens sont-elles pertinentes dans le contexte de la COVID-19 ? Et surtout, comment peuvent-elles nous aider dans notre vie quotidienne ? Le stoïcisme est une philosophie de la vie, elle peut donner à notre vie une direction et une signification. Le titre du Chapitre 5 du *Manuel* d'Épictète va dans ce sens : « Le problème n'est pas ce qui t'arrive, mais la façon dont tu le vois. » D'après Epictète ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses en elles-mêmes, mais les jugements qu'ils portent sur ces choses-là. Même la COVID-19 en elle-même n'est pas à craindre. Ce n'est pas de la COVID-19 qu'il faut avoir peur, mais du jugement que nous lui portons en la considérant comme effrayante.

Saturation épistémique

Dans un monde numérisé où l'information circule avec une rapidité inédite la COVID-19 apporte avec elle une crise épistémologique due à la saturation du savoir. Le disséminement des « tonnes »

d'informations que l'on n'arrive pas à vérifier la véracité ou la fausseté à cause du volume, que l'on s'empresse à partager pour éviter le pire ont anesthésié la capacité de penser et de comprendre pas soi-même, une mission qu'Emmanuel Kant avait assigné à la philosophie. « *Sapere aude !* Aie le courage de penser par soi-même » (Kant 2006).

Les théories à propos de l'origine de la COVID-19 abondent. Certains avancent la thèse de sa création dans un laboratoire chinois à Wuhan comme une arme biologique. Mais la maladresse dans sa manipulation a fait échapper le virus qui a commencé par les affecter. Cette piste est privilégiée par les américains. C'est le résultat d'un travail fait par les scientifiques américains dans le *Wuhan Institute of Virology*. Pour certains croyants cette pandémie manifeste la « colère de l'agneau » (Ap. 6 : 16). Dieu châtie le monde pour ses dérives morales (Gn 7 : 1-24). Certains scientifiques avancent l'hypothèse naturelle. Ils proposent des chauves-souris et le pangolin comme les porteurs du virus. Cette question de son origine est loin d'être résolue. La question de son origine continue à faire débat.

La COVID-19 est un virus susceptible de provoquer des maladies plus ou moins graves. Mais y a-t-il un ou plusieurs types de ce virus ? Selon les certains chercheurs l'épidémie ne présente pas une forme unique. Pour certains l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est une version chinoise connue en 2003. Pour d'autres il y a celle de MERS contre laquelle l'Arabie Saoudite a dû lutter en 2012 (OMS 2020).

Il y a aussi des doutes concernant le traitement proposé au malade de coronavirus. La hydroxy-chloroquine proposée par le Pr Didier Raoult était fortement combattue par la communauté scientifique pour manque de scientificité. La pharmacopée traditionnelle africaine est entrée en scène pour changer le cours de l'histoire du coronavirus. Le 08 avril 2020, sur la chaîne nationale, le Président Andry Rajoelina de Madagascar annonce la découverte du remède miracle, *COVID-Organics* (CVO) fait des plantes traditionnelles avec les « vertus curatives ». Cette annonce a créé des polémiques susci-

tant à la fois espoir et interrogation dans la communauté scientifique comme l'Institut Malgache de Recherches Appliquées (IMRA). Le professeur Brian Klaas, un spécialiste de Madagascar à l'University College de Londres, a estimé que la position du Président Rajoelina pourrait causer plus de tort que de bien aux citoyens malgaches. Pour lui « *C'est dangereux pour deux raisons - la première est que certaines personnes vont le prendre [COVID-Organics] alors qu'elles ne devraient pas... Et deuxièmement, cela donnera aux gens un faux sentiment de sécurité, de sorte qu'ils finiront par faire des choses qu'ils n'auraient pas faites autrement et se mettront, ainsi que les autres, en plus grand danger* » (BBC News 23 avril 2020). Au Cameroun Mgr Samuel Kleda, Archevêque de Douala, propose, en tant que phytothérapeute, à la communauté malade de la COVID-19, un « remède » à base de plante. Le 29 avril 2020 il a réuni la presse pour confirmer l'efficacité de son produit. Quoique le « remède Kleda » suscite beaucoup d'enthousiasme chez certains son protocole est au cœur des polémiques chez les scientifiques. Comment interpréter le silence de ses confrères dans l'épiscopat par rapport à ce remède ? Le doute qui plane sur ces différents protocoles concerne la maîtrise de la pathophysiologie de la COVID-19. Ce doute n'est-il pas contreproductif concernant la recherche d'un remède ?

La cacophonie communicationnelle que nous vivons par rapport à l'origine, types et protocoles de la COVID-19 peut aboutir à un désastre dans le sens où les décideurs peuvent prendre les mauvaises décisions suite à des mauvaises informations. L'apport du philosophe dans ce contexte est la raison. En philosophie, la raison est la faculté grâce à laquelle l'être humain est capable de distinguer le réel de l'imaginaire, le vrai du faux dans les propositions concernant la COVID-19. Elle peut faire cela en confondant les différentes propositions avec son principe logique de la non-contradiction qui stipule qu'une proposition et son contraire ne peuvent pas être vrais ou faux simultanément. La philosophie, à travers l'usage de la raison, peut discriminer entre le bien et le mal, le juste et l'injuste dans les propositions en posant la question : *pourquoi* la proposition. A cet instant elle est à la recherche du fondement, du sens ou de la raison explicative des différentes propositions.

La contribution de la philosophie dans le contexte de la COVID-19 est ce que Jürgen Habermas appelle la *raison communicationnelle*. Selon Habermas « *La raison et l'expérience ne sont pas séparées, et pourtant aucune ne transcende l'autre, et aucune n'est immanente à l'autre, chacune est une face du langage dont les hommes ont besoin pour se mouvoir dans le monde* » (Habermas 2006). Pour mieux lutter contre la COVID-19 il est nécessaire d'avoir une philosophie et une stratégie de communication qui est à la fois évolutive et adaptée au contexte. Ladite communication exige la transparence et la responsabilité. La communication irresponsable accentuerait la vulnérabilité de la société car elle amplifierait le sentiment d'inquiétude, bouleverserait les repères et les équilibres, bref, impacterait négativement et durablement la vie au quotidien.

Crise ou renforcement des valeurs

La crise du coronavirus aura indéniablement mis en lumière des valeurs et émotions qui semblaient s'être évanouies sous le poids de ses effets. Une pandémie grave telle que la COVID-19 est une situation exceptionnelle qui exige la définition des priorités d'accès aux moyens sanitaires, un effort de solidarité à tous les niveaux, un engagement de ceux dont les missions impliquent un contact direct avec les malades. L'émergence de la COVID-19 a bouleversé de fond en comble l'organisation classique, traditionnelle et très structurée du quotidien de toutes les sociétés du monde. Les écoles et les lieux de culte sont fermés, le travail se fait à partir de la maison, etc. Ainsi, pour la majorité de personnes ce qui donnait sens à leur quotidien, les endroits qui passaient pour des lieux de fréquentation essentielle, la raison explicative de leur sortie quotidienne de la maison chaque jour ne constituent plus un paradigme vital. On se rend compte qu'il y a des pans entiers d'activité, de métiers, de temps passé qui ne sont donc pas essentiels. Un nouveau paradigme se fait jour, à savoir, le souci de demeurer en bonne santé. Une conséquence de ce changement paradigmatique est le développement des comportements de résistance. Dès les premières heures du confinement il y eu des résistants qui voulaient vaquer à leurs activités quotidiennes comme si rien n'était. Cependant, plus qu'ils se rendent compte de

l'ampleur de la maladie la résistance cède sa place à la panique et à la peur. En dehors de cette difficulté du début d'autres problématiques profondes méritent notre attention. Nous allons faire l'économie de deux ci-dessous.

Le débat économique concerne le télétravail. Il se distingue nettement à la fois du travail à domicile, du travail en déplacement, et du travail « en débordement » (ramener du travail chez soi le soir et/ou le week-end). Le travail se fait hors des locaux habituels de façon permanente. Il s'effectue grâce à l'utilisation des Technologies de l'information et de la communication (TIC). Du point de vue professionnel cette situation paraît avantageuse : réduction du stress des embouteillages, économie de temps et d'argent, etc. Elle révèle aussi des frustrations : l'isolement, l'absence de cadre et de discipline, le manque de contact physique et de communication, les difficultés de contrôle pour les employeurs, le manque de motivation. Ces constats peuvent rendre le télétravail ennuyant et monotone accompagné d'une baisse de rendement. Alors faut-il considérer le télétravail comme un privilège ou une nécessité ?

Le confinement qui accompagne la COVID-19 crée aussi un débat sociologique. Certes, le confinement a des avantages certains ou probables. Il y a une baisse de criminalité grâce à la surveillance militaro-policières mise en place dans plusieurs pays. Aussi, les rapprochements forcés entre les personnes de la même maisonnée peuvent être propices pour renforcer les liens humains entre parents, d'un côté, et entre parents et enfants de l'autre. La famille apprend à se connaître à cause de la COVID-19. Les inconvénients possibles du confinement se pointent aussi à l'horizon. Il est propice à aggraver certaines antipathies, par exemple les violences conjugales ou à l'encontre des enfants. Aussi, il peut créer les inégalités entre les hommes: certains conserveront leur emploi et d'autres seront mis au chômage car leurs entreprises ne pourront pas faire face à la chute économique, etc. A l'échelle collective et à long terme laquelle situation du confinement surpassera l'autre : les avantages ou les inconvénients ?

La COVID-19 est en train de mettre à rude épreuve l'endurance et la foi et la science. Elle est en train de tester la force de caractère des hommes dans le domaine éthique surtout dans la formulation des jugements. L'impact de la pandémie confronte le monde avec des questions éthiques profondes et sérieuses sur l'existence humaine. Malgré le taux élevé de la morbidité et de la mortalité dû à la COVID-19, au regard du mal et des souffrances infligées, des bouleversements provoqués, des fragilités et même des faiblesses qu'elle a révélées, il convient de la considérer à sa vraie dimension à travers les débats continues.

Conclusion

L'insécurité sanitaire due à la COVID-19 n'est pas uniquement une affaire des experts médicaux. La pandémie, un événement unique par son ampleur en termes d'espace, a paralysé le monde entier et remet au goût du jour la question : *Qui est l'homme ?* Il est surprenant qu'une chose si petite et si insignifiante ait brutalement manifesté la vulnérabilité individuelle et collective de l'homme (la fragilité ontologique)

La philosophie peut ne pas apporter une solution scientifique à la COVID-19. Cependant, elle peut contribuer à éclairer les décideurs publics en enrichissant les analyses par ses questionnements. La responsabilité sociale du philosophe, en ce temps de crise sanitaire, est une contribution à la réflexion, à la concertation étant donné que la philosophie est discursive et à l'accompagnement compte tenu du fait que sa méthode est une maïeutique. Le temps de la crise COVID-19 n'est pas neutre quant à ses conséquences. L'attitude judicieuse qui doit accompagner toute réflexion sur la COVID-19 c'est l'antique sagesse de la prudence (*φρόνησις*) et le principe clé des sceptiques de la suspension de jugement (*ἐποχή*). L'on n'a pas encore terminé avec le virus car son développement est inconnu. Suspendre son jugement est indispensable si l'on entend éviter soit les propos sans réelle portée, soit les prévisions destinées au démenti.

La période post-COVID-19 nous ferait entrer dans un « nou-

veau » monde. Il y a des interrogations pertinentes qui doivent nous préparer pour cette transition. Que sera l'apport de cette pandémie au savoir ? Qu'avons-nous appris par rapports aux risques de vie, les ruptures, les méthodes de procéder grâce à ce virus ? Le virus a bouleversé les paradigmes de tout ordre. Cette situation nous oblige à aborder des thèmes tels que : Quelle solidarité pour la bonne gouvernance des humains ? Quelle géostratégie pour un monde « mondialisé » par le virus ? Ne serait-il pas opportun aujourd'hui de mettre en place dans tous les pays une instance consacrée à l'anticipation et au suivi des crises sanitaires d'un point de vue éthique et sociétal ?

Références

Aristote. *Métaphysique. Tome 1. (Trad. J. Tricot.)*. Paris: J. Vrin, 1991.

Épictète. *Entretiens. (Trad. Émile Bréhier)*. Paris: Gallimard, 1962.

Habermas, Jürgen. *Idéalisations et communications. Agir communicationnel et usage de la raison. (Trad. Christian Bouchindhomme)*. Paris: Fayard, 2006.

Hadot, Pierre. *Qu'est-ce que la philosophie antique ?* Paris: Folio, 1995.

Hobbes, Thomas. *Le Léviathan*. Paris: Gallimard, 2014.

Jaspers, Karl. *Introduction à la philosophie. (Trad. Par Jeanne Hersch)*. Paris: Plon, 2007.

Kant, Emmanuel. *Vers la paix perpétuelle. Que signifie s'orienter dans la pensée. Qu'est-ce que les lumières ? (Trad. Jean François Poirier et Françoise Proust)*. Paris: Flammarion, 2006.

OMS. *Questions fréquentes sur la maladie à coronavirus 2019. 3 2020.* <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.

Philon, D'Alexandrie. *Quaestiones in Genesisim. (Trad. Françoise*

Petit). Paris: Editions CERF, 1978.

Reboul, Olivier. *La philosophie de l'éducation*. . Paris: PUF, 2006.

Sartre, Jean-Paul. *Huis Clos*. Paris: Gallimard, 1943.

Schopenhauer, Arthur. *Allégories, paraboles et fables*. (Trad. Jean-Pierre Jackson). Paris: Editions Coda, 2005.

Sherry, Turkle. *Seuls ensemble*. Paris: L'échappée, 2011.



RÉFLEXIONS LIBRES

CHAPITRE V

Le droit fondamental à la santé a l'épreuve de la COVID-19 en Afrique subsaharienne

Augustin KOFFI, S.J.

koffiaugustin_jr@yahoo.fr

Droit public, Premier cycle de Théologie, Hekima University College, Nairobi, Kenya.

Reçu le 5/06/2020 et accepté le 20 Juin 2020.

Disponible en ligne à partir du 25 Juillet 2020:

<http://ibogareview.jesuitespao.com>

Résumé

La santé, comme droit fondamental, est reconnue par des instruments juridiques internationaux et nationaux. Clarifier les contours du droit à la santé dans la situation pandémique actuelle de la COVID-19 revêt une importance capitale. Car elle permet de mettre en exergue les obligations qui pèsent sur les États et de relever les difficultés de la mise en oeuvre du droit à la santé par les États d'Afrique subsaharienne en cette période particulière. En raison de l'importance de la santé et au regard de la faiblesse des systèmes de santé en Afrique subsaharienne, il faut une coresponsabilité des États et des populations pour la mise en oeuvre effective du droit à la santé.

Mots clés : Afrique, COVID-19, droit, État, santé, obligations, responsabilité.

Introduction

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, Préambule 1946) Une telle définition n'est pas sans intérêt

pour le droit. D'où la distinction qu'on fait entre le droit de la santé et le droit à la santé. Le droit de la santé est une branche du droit qui s'intéresse aux normes encadrant et réglementant les pratiques des professionnels de la santé tandis que le droit à la santé est un droit subjectif et fondamental à la personne humaine. Comme tous les autres droits humains, il revient aux pouvoirs publics de chaque État de créer les conditions idoines pour leur réalisation. Malgré toutes les prévisions alarmistes en raison du système de santé faible de bon nombre de pays africains, l'Afrique semble mieux contenir la pandémie de la COVID-19. (Deluzarche 2020) Cependant, assurer le droit fondamental à la santé en cette période pandémique soulève de nombreux défis pour les États d'Afrique subsaharienne. L'enjeu du droit à la santé en ces temps de COVID-19 n'est-il pas finalement un appel à une réelle prise de conscience et à la coresponsabilité ? Dans cet article, il sera donc question de lever le voile sur quelques aspects du droit à la santé avant de nous appesantir sur les réactions des États Africains face à la COVID-19.

Quelques aspects du droit fondamental à la santé

Pour que le droit à la santé puisse être opposable aux États, il faut qu'il bénéficie d'une consécration juridique. Relever le sens du droit fondamental à la santé permet de mieux appréhender les obligations qui incombent aux États.

Consécration juridique du droit fondamental à la santé

Plusieurs instruments juridiques internationaux et nationaux ont consacré la santé comme un droit fondamental. Il en est ainsi de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme qui estime que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé... » (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme 2006) En précisant les contours de ce droit, le Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels, en son article 12.1, invite chaque État à créer les conditions pour que chaque personne puisse jouir « du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle

puisse atteindre ». (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme 2006) Dans la même dynamique, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples invite chaque État africain, en son article 16.2, « à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie. » (OUA 1981) Par la reconnaissance juridique faite dans leur ordonnancement juridique national, plusieurs États africains ont donné une valeur constitutionnelle au droit à la santé. On peut citer les cas du Cameroun (République du Cameroun 1996) et de la Côte d'Ivoire (République de Côte d'Ivoire 2016). La Constitution togolaise dispose explicitement que « L'État reconnaît aux citoyens le droit à la santé. » (République du Togo 1992). Cependant, comment doit-on comprendre le droit fondamental à la santé ?

Sens du droit fondamental à la santé

Le droit à la santé est un droit fondamental parce qu'il est inhérent à la personne humaine. C'est un dérivé essentiel du droit à la vie et à sa sauvegarde. Car il ne suffit pas seulement d'être en vie ; il faut aussi protéger la vie afin de pouvoir jouir des autres droits de l'homme. Par conséquent, le droit à la santé est un droit de tous et pour tous. Toute personne humaine devrait pouvoir en jouir pour soutenir sa vie et celle de la société afin de promouvoir un développement harmonieux et intégral. Cependant, il ne signifie pas le droit d'être en bonne santé (Comité des Droits Économiques 2000). L'État ne saurait être tenu responsable de la mauvaise santé d'une personne. Car « les États ne peuvent pas davantage assurer une protection contre toutes les causes possibles de mauvaise santé de l'être humain. » (Comité des Droits Économiques 2000)

Aussi, peut-on dire de ce droit qu'il est à la fois un droit global (Comité des Droits Économiques 2000) et dépendant. En effet, il englobe plusieurs dimensions de la personne humaine et fait appel à d'autres droits et facteurs pour sa réalisation (droit du travail, droit à l'intégrité physique, le droit à la sécurité, l'accès à de l'eau potable et à un environnement sain, l'approvisionnement en nourriture saine et suffisante,

un logement convenable et l'absence de discrimination). En raison de tous ces facteurs, il pèse sur les États des obligations qui sont en contrepartie des droits pour les populations.

Le droit à la santé : source de droits et d'obligations

Le droit à la santé génère des droits pour les populations et des obligations pour les États. Suivant Michael Bothe, on peut entrevoir un triple aspect du droit à la santé : négatif, positif et égalitaire (Bothe 1979). Quant au Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels (CDESC), il entrevoit une triple catégorie d'obligations étatiques : l'obligation de respecter, l'obligation de protéger et l'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé (Comité des Droits Économiques 2000).

Négativement, le droit à la santé signifie qu'un individu a le droit que l'État s'abstienne de poser des actions directes ou indirectes de nature à mettre en danger sa santé. L'État est obligé de respecter le droit à la santé de chaque individu. Concrètement, l'État ne doit pas « retenir ou déformer intentionnellement des informations relatives à la santé. » (Comité des Droits Économiques 2000)

Positivement, le droit à la santé confère aux citoyens le droit que l'État prenne un ensemble de mesures de santé pour la prévention de maladies et le soin des malades. Cela correspond à la fois à l'obligation de protéger et à l'obligation de mettre en œuvre telles que décrites par le CDESC. L'obligation de protéger implique des mesures étatiques pour éviter que des tiers entravent le droit à la santé. Et l'obligation de mettre en œuvre intime à l'État de prendre des mesures législative, administrative, budgétaire, judiciaire, incitative ou autre pour assurer la pleine réalisation du droit à la santé.

S'agissant de l'aspect égalitaire, il s'agit non seulement de proclamer l'égal accès de tous, sans discrimination, aux services et soins de santé mais surtout de faire en sorte que les personnes moins nanties n'en soient pas privées. Concrètement, il s'agit d'instituer « un

système d'assurance santé (public, privé ou mixte) abordable pour tous, de promouvoir la recherche médicale et l'éducation sanitaire ainsi que la mise en œuvre de campagnes d'information. » (Comité des Droits Économiques 2000) Toutes ces obligations qui pèsent sur l'État font appel à des investissements financiers conséquents qui s'inscrivent dans une réalisation progressive. Raison pour laquelle, la traduction de ce droit fait appel à une coopération multiforme entre et dans les États. Comme le dit Jonathan Wolff, un État ne peut pas être critiqué de ne pas réaliser immédiatement ses obligations (Wolff 2012). Cela n'empêche pas que sa responsabilité puisse être engagée en cas de non-respect de ses obligations (Comité des Droits Économiques 2000). C'est dans ce cadre qu'il faut appréhender les actions des États d'Afrique subsaharienne qui, tant bien que mal, tentent de gérer la maladie à coronavirus et son lot d'incertitudes.

Les défis des états d'Afrique subsaharienne et la covid-19 dans la protection de la santé publique

À l'instar du reste du monde, les États africains ont adopté plusieurs mesures de santé publique pour stopper la propagation de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) (OMS, Considérations Relatives au Placement en Quarantaine de Personnes dans le Cadre de l'Endiguement de la Maladie à Coronavirus 2019 (COVID-19) : Orientations Provisoires, 29 février 2020, WHO/2019-nCov/IHR_Quarantine/2020.1, §1. 2020). Car il leur revient d'assurer l'accès au soin et l'accès à l'information malgré les incertitudes liées à la situation pandémique actuelle.

Des mesures restrictives légitimes et difficiles

Sur la base de l'obligation de protéger, les États africains ont pris certaines mesures restrictives de liberté et de droits telles que le port de masque obligatoire, l'hygiène des mains, la fermeture des frontières, le confinement, le couvre-feu, la quarantaine, la distanciation sociale, la fermeture des écoles et de certains lieux publics. Leur légitimité ne souffre d'aucun doute en ce temps

d'urgence et d'incertitude généralisée. Car elles visent la protection de la santé publique. Toutefois, même dans un tel contexte, les obligations qui incombent aux États ne sauraient être une justification à la violation des libertés et droits humains. La préservation de la santé publique ne saurait justifier les atteintes à l'intégrité physique.

Les différentes mesures susmentionnées ont apporté une interruption brutale dans le cours ordinaire de la vie des populations africaines. Implicitement, et en élargissant l'analyse de Michel Lussault au sujet de la distanciation sociale, ces mesures postulent que l'autre est une menace et il faut s'en méfier (Lussault 2020). Sans revendiquer une quelconque exceptionnalité africaine, on ne peut nier que ces mesures ont un impact significatif sur la vie de nombreuses populations africaines pour qui la dimension communautaire occupe une place indéniable. Plus grave, c'est au quotidien qu'elles gagnent le nécessaire pour leur subsistance. L'adoption d'un plan social dans bon nombre de pays africains vise à sauver des vies et amoindrir les effets néfastes de la pandémie sur l'économie et la vie en général.

Dans une telle situation, la participation des communautés humaines (Comité des Droits Économiques 2000) devrait faciliter la mise en œuvre desdites mesures par leur adhésion et leur implication dans le processus de leur élaboration (ONUSIDA 2020). Mais tel n'est pas le cas partout. Les indisciplines constatées ne sauraient être uniquement le fait du déni de la maladie ; elles sont aussi la résultante du mode décisionnel qui ne semble pas participatif et transparent. Malgré l'adaptation des mesures de confinement, de nombreux Africains ne peuvent rester confinés au risque de mettre en péril la vie de leurs progénitures. Survient alors le dilemme entre la préservation de la santé et la survie des populations. Et ce d'autant plus que bon nombre de travailleurs sont au chômage et incapables de subvenir aux besoins de leurs familles et de leur propre santé. Le conflit entre le droit au travail et le droit à la santé s'est manifesté par le ras-le-bol de certaines populations du Nigeria et du Burkina Faso exigeant de retourner au travail pour pouvoir se nourrir et ne pas mourir de faim (Roussy 2020). D'autant plus que les mesures sociales et financières

peinent à atteindre leurs cibles en raison de la corruption comme en Ouganda (Allison 2020) et des soupçons de détournement au Kenya (Masinde 2020). Tout ceci rend problématique l'accès aux soins.

De l'accès aux soins problématique

Tous les malades, de manière égale, doivent avoir accès aux services et soins de santé disponibles. Dans le cas de la COVID-19, il n'y a pas encore de traitement curatif. On note cependant les efforts des différents gouvernements à disposer de centres de dépistage et de prises en charge gratuits. Aussi encouragent-ils les efforts de recherche locale sans négliger les médications traditionnelles. L'exemple de Madagascar illustre bien la responsabilité de l'État à rendre accessible le soin à travers la décoction de *COVID-Organics* qui est en vente à un prix abordable à ce jour. En dépit des suspicions sur l'efficacité de ce produit, aussi bien s'en priver que l'accepter aveuglément dans une situation où toute l'humanité est en errance pourrait sembler suicidaire. Et ce d'autant plus que les appareils respiratoires manquent pour la prise en charge des malades (Memon 2020). Mais au-delà de cette pénurie et de sa fonction purement biologique, Achille Mbembe invite à s'attaquer à « tout ce qui condamne la plus grande partie de l'humanité à l'arrêt prématuré de la respiration, tout ce qui s'attaque fondamentalement aux voies respiratoires. » (Mbembe, *Le droit universel à la respiration*. 2020)

En outre, le silence ou le peu d'attention relatif à l'assistance psychologique dont devraient bénéficier les populations demeure une préoccupation. En effet, la COVID-19 brise une certaine quiétude sociale et instaure une insécurité capable de faire plonger dans la dépression. Le bien-être mental des populations ne saurait être omis au détriment de la santé physique et économique sans que cela ait des incidences sur les efforts consentis par les gouvernants.

Quoi qu'il en soit, en l'état actuel, accéder au soin vise aussi la satisfaction des « facteurs fondamentaux déterminants de la santé » (Comité des Droits Économiques 2000) que sont l'accès à l'eau potable,

à une alimentation saine. En effet, certaines couches de la population qui peinaient à avoir de l'eau potable sont davantage exposées en ce moment où l'hygiène des mains fait partie des mesures de précaution sanitaires. La pénurie de l'eau potable devient par conséquent un handicap dans la lutte contre cette pandémie. La menace d'insécurité alimentaire risque de compromettre à long terme la bataille contre la COVID-19. Même si toutes ces lacunes ne sont pas nouvelles, tous ces manques organisationnels révèlent que bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne « font preuve de sérieuses faiblesses dans leur capacité à prévenir, détecter et répondre aux urgences sanitaires. » (Zeufack 2020) De peur de contracter la COVID-19 dans les centres hospitaliers, certains malades refuseraient de se rendre dans les structures hospitalières. Car aussi bien le personnel soignant que les services de santé ne sont pas suffisamment équipés pour contenir cette pandémie. Son apparition n'a pas fait disparaître les autres maladies auxquelles font face les populations africaines (le paludisme, le VIH/SIDA, Ebola). Dans une telle situation de précarité et d'anxiété, l'accessibilité à l'information devrait permettre de dissiper les doutes et les craintes. Malheureusement, l'accessibilité à l'information est sujette également à une certaine confusion.

De l'accès limité à l'information

L'accessibilité à l'information est l'une des composantes du droit à la santé. Il pèse sur les États une obligation de résultat en ce qui concerne l'accessibilité à l'information. Elle « comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé. » (Comité des Droits Économiques 2000). Dans le cas particulier de la COVID-19 qui touche le monde entier, la coopération entre les États devrait aider à véhiculer des informations idoines relatives à la maladie. Car c'est en communiquant les informations justes que les populations peuvent mieux se protéger. Ce qui fait appel à une coopération internationale entre les États et avec l'O.M.S. A l'exception de bon nombre d'États d'Afrique subsaharienne, seule la Tanzanie refuse de transmettre les informations relatives à l'évolution de la pandémie à ses populations

(Sylvestre-Treiner 2020). Cependant, la bataille de l'information entre les grandes puissances dont certaines sont membres du Conseil de Sécurité s'est exacerbée avec la crise actuelle. En effet, les cas américains et chinois ont donné lieu à des théories conspirationnistes créant un cercle vicieux qui a engendré une absence de leadership et de coordination globale (Yu 2020). Par conséquent, les États africains sont devenus les plus fragiles dans cette bataille en raison de leur forte dépendance vis-à-vis des grandes puissances. Le peu ou pas de moyens alloués pour la recherche scientifique et aux chercheurs locaux ne permet pas non plus à ces derniers de participer pleinement à la lutte contre la COVID-19.

Les *fake news* sur les réseaux sociaux ont également semé la confusion dans la conscience collective de bon nombre d'Africains arguant d'une certaine exceptionnalité africaine (la chaleur, la couleur de la peau, la jeunesse des populations africaines). En plus du déni de la maladie et d'autres paramètres sociaux, une communication approximative de la nouvelle situation par les autorités gouvernementales ont remis en lumière la crise de confiance entre les populations et leurs dirigeants. Pour contrecarrer ces *fake news*, il a été exigé des dirigeants de faire témoigner des malades (guéris ou pas) (Memon 2020). Et ce, contrairement au fait que « l'accessibilité de l'information ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel. » (Comité des Droits Économiques 2000) Dit autrement, le droit à l'information, même en cette situation, ne doit pas prévaloir sur le droit à une vie privée des malades. Car l'aspect égalitaire du droit à la santé interdit toute forme de discrimination, de marginalisation et de stigmatisation des malades. En cas de violation de droits des populations, des voies de recours en justice sont autorisées pour obtenir réparation.

Recours et coresponsabilité dans la protection de l'humanité

En cas de non-respect des obligations relatives à la santé, des recours juridictionnels peuvent être engagés contre un État. Mais

bien au-delà de cette possibilité, la pandémie de COVID-19 nous rappelle et nous invite à une coresponsabilité dans la protection de l'humanité et du droit fondamental à la santé.

Des recours possibles en matière de violation du droit à la santé

Prendre conscience de l'importance du droit à la santé dans une situation d'incertitude n'empêche pas cependant de réfléchir au recours que peuvent avoir les populations contre un État qui ne respecte pas ses obligations. De même qu'un État peut sanctionner tout individu ou tout groupe humain qui constitue un obstacle à la mise en œuvre du droit à la santé, tout citoyen ou tout groupement peut engager la responsabilité de l'État dans l'exécution de ses obligations. Les défaillances ou les violences susceptibles d'être constatées peuvent autoriser toute personne ou tout groupe victime d'une atteinte au droit à la santé à « avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres, à l'échelle nationale et internationale. » (République du Cameroun 1996)

Au niveau national, tout citoyen peut saisir les commissions des droits de l'homme, les associations de consommateurs, les associations de défense des malades ou d'autres institutions pour toutes les atteintes au droit à la santé. (Comité des Droits Économiques 2000) Ester en justice devant les juridictions nationales compétentes contre l'État est un droit reconnu à tout citoyen pour obtenir réparation (OUA 1981).

Bien plus, tout plaignant peut recourir aux juridictions internationales telles que la Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples ou la Cour Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples. En vertu du droit à la santé, la Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples a demandé aux États Nigérian (Communication 155/96 – Social and Economic Rights Action Center c/ Nigeria) et Zaïrois (actuel RDC-- Communication 100/93 – Free Legal Assistance Groupe et Autres c/ Zaïre) d'assurer une

compensation adéquate aux victimes et de prendre des mesures adéquates pour protéger la santé de leurs populations (FIDH 2010). La Cour a déjà aussi rendu des décisions similaires sur la base du droit à la santé (CADHP 2019). La situation d'incertitude qui prévaut ne peut être un fait justificatif des inerties de l'action gouvernementale. Au nom du principe de précaution, en matière de santé publique, des politiques de précaution doivent être adoptées pour « gouverner l'incertitude sans attendre la confirmation de la menace. » (Doron 2009) Toutefois, même si l'État est le principal responsable du droit à la santé, la situation pandémique actuelle invite à une coresponsabilité pour la protection de l'humanité.

La coresponsabilité pour la protection de l'humanité et du droit fondamental à la santé

Cette situation malheureuse a le bénéfice de montrer que l'égalité en droit est aussi une égalité devant la maladie. Des lors, la coresponsabilité des gouvernants et des populations devrait être encouragée dans la mise en œuvre du droit fondamental à la santé. En vertu de cette responsabilité partagée, les États africains devraient investir de manière significative dans le domaine de la santé et dans la recherche scientifique. En retour, il revient aux organisations de la société civile et à la société entière d'être vigilantes pour exiger des gouvernants un réel engagement en faveur des services de santé et de la recherche scientifique. Au moment où les déconfinements sont engagés malgré la propagation de la maladie, il serait opportun de tenir ensemble la raison économique et le droit à la santé. En effet, c'est en étant en bonne santé qu'on peut participer à la croissance économique qui, à son tour, peut aider à avoir une existence capable de bénéficier de soins pour soutenir la vie. Loin d'opposer l'État à ses citoyens, une dynamique coopérative est à encourager. En effet, le droit des individus à leur santé et la politique étatique de santé publique doivent aller de pair. Seulement, il faut que les États Africains considèrent la santé publique comme une priorité et un devoir de souveraineté. Car on peut se permettre de penser qu'un système de santé fort aurait pu permettre aux gouvernants des différents pays africains de réduire les nombres de décès et

limiter les dommages causés par cette pandémie.

En raison des défis multiformes actuels, cette coresponsabilité devrait inclure des éléments non-humains dans le droit fondamental à la santé. Au-delà des humains, il faudrait peut-être penser à un droit à la santé aux dimensions du cosmos afin d'inclure tous les éléments non-humains avec qui nous partageons le cosmos. Cette crise nous rappelle vigoureusement que « en plus de nous appartenir à parts égales, la Terre est habitée par plusieurs espèces, humaines et non humaines avec lesquelles il faut négocier de nouvelles formes de connivence, de coexistence et de convivialité. » (Mbembe, *Brutalisme* 2020) Le droit à un environnement sain exige une telle attention à l'égard des autres espèces. Protéger la santé des humains passe par la préservation de la biodiversité car le genre humain est une partie du cosmos. Un déséquilibre dans la nature peut être préjudiciable à la santé de l'être humain. C'est ce qui rend nécessaire la coopération et la solidarité internationales entre les États. Quelle que soit l'origine de la COVID-19, militer ou défendre le droit fondamental à la santé, c'est ultimement défendre fermement le droit à une vie saine dans un environnement viable et vivable. L'expérience vigoureuse de notre commune fragilité devrait permettre de corriger les lacunes des politiques de santé publique des États africains. Par conséquent, la coopération et la solidarité entre les États devraient échapper à tous les rapports de force capables de compromettre une lutte pour la survie du genre humain et des générations futures.

Conclusion

Au terme de cette réflexion sur le droit fondamental à la santé en Afrique subsaharienne en cette période de la COVID-19, il a été question d'entrevoir l'enjeu du droit à la santé dans cette période particulière comme une réelle prise de conscience et un appel à la coresponsabilité. C'est ce qui a justifié les éclairages sur les contours du droit fondamental à la santé. A l'instar des autres droits humains,

les États ont la responsabilité de la mise en œuvre du droit à la santé des citoyens. Difficilement, les États d'Afrique subsaharienne tentent d'honorer leurs engagements dans une situation d'incertitude et d'urgence. Loin de tout faire reposer sur les États, une véritable coresponsabilité devrait être promue pour rendre effectif le droit à la santé. Le nouvel ordre mondial auquel appellent de leurs vœux certains leaders politiques et intellectuels ne peut se faire sans une véritable éthique humaine et cosmique. Parce que la santé n'a pas de prix, il faut donc un investissement soutenu des États africains dans le domaine de la santé et avoir le courage de reconnaître que nous devons négocier notre existence et notre survie avec les autres espèces de la Terre.

Références

Albert, G., et Zeufack. «Évaluation de l'impact Économique du Covid-19 et des Réponses Politiques en Afrique Subsaharienne.» *Africa's Pulse*, Avril 2020: Vol. 21, p24.

Allison, Judd Devermont et Simon. *Covid-19 in Africa: The Good News and the Bad*. 2020. <https://www.csis.org/analysis/covid-19-africa-good-news-and-bad> (accès le Mai 28, 2020).

Bothe, Michael. «Les Concepts Fondamentaux du Droit à la Santé : Le Point de Vue Juridique.» Dans *The Right to Health as a Human Right*, de Rene-Jean Dupuy, 14-34. Alphen aan den Rijn: Sijthoff & Noordhoff, 1979.

CADHP. *Recueil de jurisprudence de la Cour africaine*. Pretoria: Pretoria University Law Press, 2019.

Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels (CDESC). «Observation Générale N° 14 (2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4, 11 août 2000, § 8.» 2000. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en (accès le mai 20, 2020).

Deluzarche, Céline. *Coronavirus en Afrique : Pourquoi la*

Catastrophe Annoncée n'a pas eu Lieu ? 23 Avril 2020. <https://www.futura-sciences.com/santé/actualites/coronavirus-coronavirus-afrique-catastrophe-annoncee-na-pas-eu-lieu-79699/> (accès le Mai 16, 2020).

Doron, Claude-Olivier. «Le principe de précaution : de l'environnement à la santé», in *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, N° 3, 2009/1,15.» <https://www.cairn.info/>. 01 2009. <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-centre-georges-canguilhem-2009-1-page-3.htm> (accès le 08 31, 2018).

FIDH. «Guide Pratique. La Cour Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples : Vers la Cour Africaine de Justice et des Droits de l'Homme, Avril 2010,» <https://www.fidh.org/>. Avril 2010. <https://www.fidh.org/IMG/pdf/GuideCourAfricaine.pdf> (accès le juin 03, 2020).

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme, (HCDH). *Principaux Instruments Internationaux Relatifs aux Droits de l'Homme*. New York: Nations Unies, 2006.

Lussault, Michel. *Le Monde du Virus – Retour sur l'Épreuve du Confinement*. 2020. <https://aoc.media/analyse/2020/05/10/le-monde-du-virus-retour-sur-lepreuve-du-confinement/> (accès le mai 22, 2020).

Masinde, Sheila. *Press Statement: Account for Covid-19 Funds in Detail*. Mai 2020. <https://tkenya.org/wp-content/uploads/2020/05/Press-Statement-on-COVID-19-Funds-Expenditure.pdf> (accès le mai 28, 2020).

Mbembe, Achille. *Brutalisme*. Paris: La Découverte, 2020.

Le droit universel à la respiration. 2020. <https://aoc.media/opinion/2020/04/05/le-droit-universel-a-la-respiration/> (accès le avril 06, 2020).

Memon, Traore Kassoum et Fofana. «Causes et Expressions de la Propagation Rapide du Nouveau Coronavirus "Covid-19" en Côte d'Ivoire.» <https://oapub.org/>. 2020. <https://oapub.org/>

org/soc/index.php/EJSSS/article/view/801/1383 (accès le mai 23, 2020).

OMS. *Considérations Relatives au Placement en Quarantaine de Personnes dans le Cadre de l'Endiguement de la Maladie à Coronavirus 2019 (COVID-19) : Orientations Provisoires*, 29 février 2020, WHO/2019-nCov/IHR_Quarantine/2020.1, §1. 29 2 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331364/WHO-2019-nCov-IHR_Quarantine-2020.1-fre.pdf (accès le mai 22, 2020).

OMS. *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, Préambule*. New York, Juin 1946.

ONUSIDA. *Les Droits Humains aux Temps du COVID-19 : Les Leçons du VIH Pour une Réponse Efficace, et Dirigée par la Communauté*, 1. 2020. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_fr.pdf (accès le Juin 02, 2020).

OUA. *Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples*. 1981. https://www.un.org/fr/africa/osaa/pdf/au/afr_charter_human_people_rights_1981f.pdf (accès le Mai 04, 2020).

République de Côte d'Ivoire. «Loi N° 2016-886 Du 08 Novembre 2016 Portant Constitution de la République de Côte d'Ivoire.» *presidence.ci*. 8 11 2016. <https://www.presidence.ci/wp-content/uploads/2018/07/CONSTITUTION.pdf> (accès le Mai 24, 2020).

République du Cameroun. «Loi n°96/06 du 18 janvier 1996 Portant Révision de la Constitution du 02 juin 1972, modifiée et complétée par la loi n°2008/001 du 14 avril 2008.» <http://www.assnat.cm>. 18 1 1996. http://www.assnat.cm/images/La_Constitution.pdf (accès le Mai 24, 2020).

République du Togo. «La Constitution de la IVe République adoptée par Référendum le 27 septembre 1992, Promulguée

le 14 octobre 1992, Révisée par la loi n°2002-029 du 31 décembre 2002, Article 34.» <https://www.wipo.int>. 27 9 1992. <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/tg/tg001fr.pdf> (accès le mai 02, 2020).

Roussy, Caroline, interviewer par IRIS. *Coronavirus : vers l'Afrique d'après ?* (20 mai 2020).

Sylvestre-Treiner, Anna. *Opacité. La Tanzanie cache-t-elle ses morts du Covid-19 ?* 18 mai 2020. <https://www.courrierinternational.com/article/opacite-la-tanzanie-cache-t-elle-ses-morts-du-covid-19> (accès le juin 03, 2020).

Wolff, Jonathan. *The Human Right to Health*. New York: W. W. Norton & Company, 2012.

Yu, Jing. *Over-reactions to the Coronavirus: a Chinese view on the war of words and geopolitical competition*. 5 Mai 2020. <http://www.egmontinstitute.be/over-reactions-to-the-coronavirus-a-chinese-view-on-the-war-of-words-and-geopolitical-competition/> (accès le mai 25, 2020).

PROCHAIN NUMÉRO

L'Afrique face à la pandémie du COVID-19 (Deuxième partie)

La rédaction

Bien vouloir envoyer vos contributions à l'adresse suivante :
ibogareview@jesuitespao.com

Date limite de réception des articles : 02 Octobre 2020.

Citations : Style Turabian (auteur – date) pour les articles de type littéraire. Convention de Vancouver pour les articles de type recherche.

Limite de mots : maximum 4500 mots.

Thèmes possibles:

1. Les voies et tentatives thérapeutiques appliquées dans la lutte contre la COVID-19 (les molécules utilisées/ testées, les protocoles de soins, la question du vaccin etc.)
2. Évaluation des systèmes de protection (mener une étude à partir des données statistiques déjà fournies en ligne pour évaluer l'efficacité des mesures de protection en vogue en Afrique).
3. Évaluation scientifique des moyens thérapeutiques africains contre la COVID-19.
4. Optimisation d'un modèle mathématique et informatique capable de prédire l'évolution de la COVID-19 sur le continent.
5. La place des médias dans le vécu de la pandémie.
6. L'impact socio-économique de la pandémie en Afrique (mener une analyse socio-économique qui débouchera sur la question du développement des pays africains).
7. Impact psychologique et accompagnement des personnes en

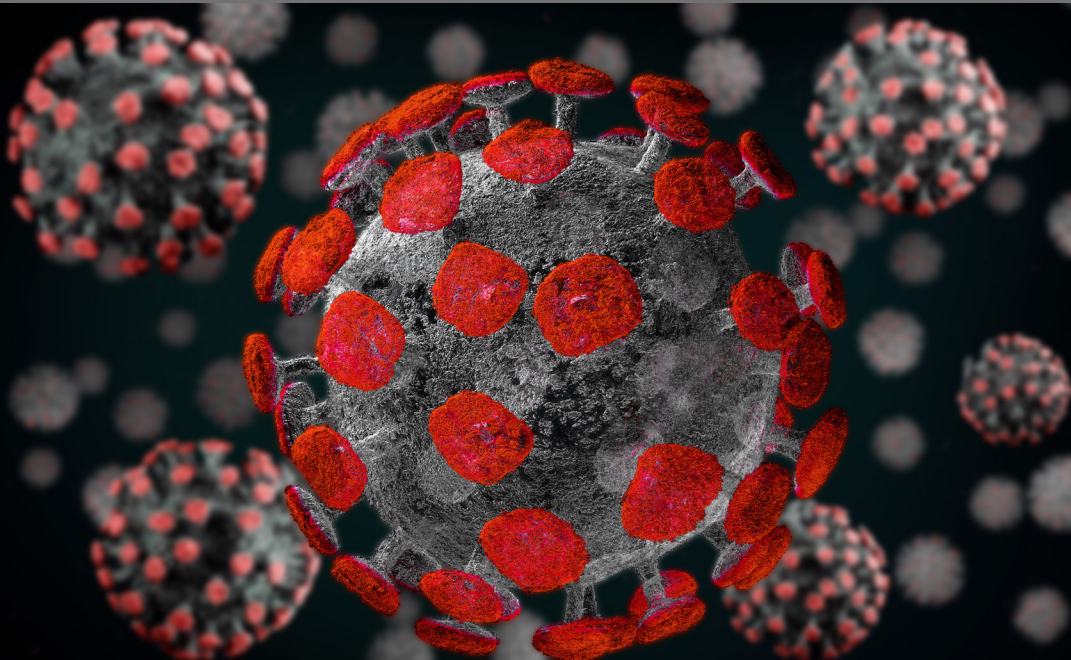
temps de pandémie.

8. Élaboration, disponibilité et distribution des vaccins contre la COVID-19.

9. La pandémie et les dégâts collatéraux : analyse sociologique.

10. Les réponses africaines de l'ingénierie mécanique dans la lutte contre la pandémie.

IBOGA Review



IBOGA REVIEW

Revue scientifique des Jésuites de l'Afrique de L'Ouest

ÉDITORIAL: *IBOGA Review*: un projet ignatien, jésuite et africain au service de la science et de l'Homme
(La Rédaction)

SARS-CoV-2 et la COVID-19 en Afrique : Comment lutter efficacement contre les *Fake News* ?
(Wilfried S. Banaba, S.J.)

La COVID-19 en Afrique : résilience africaine et le cancer des poumons comme facteur de comorbidité permettant de comprendre la progression de la pandémie
(Alain D. Pitti, S.J. & Armel F. Setubi, S.J.)

Pandémie de la COVID-19 et logiques sociales des gens d'"en-bas" en Afrique subsaharienne
(Hermann-Habib Kibangou, S.J.)

Prendre la COVID-19 en philosophe
(Pr. Stephen Kizito Forbi, S.J.)

Le droit fondamental à la santé a l'épreuve de la COVID-19 en Afrique subsaharienne
(Augustin Koffi, S.J.)



IBOGA Review: Maison Provinciale Jésuites PAO

282, rue Bertaut-Bali-Douala

B.P. 633, Douala, CAMEROUN

www.ibogareview.jesuitespao.com / ibogareview@jesuitespao.com